



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO DE JANEIRO**

UFRJ

**Curso de Medicina  
Departamento de Clínica Médica**

**MARIA AMELIA COSTA**

**Da costura ao filé:  
a produção de singularizações no  
cotidiano dos trabalhadores em saúde**

**Rio de Janeiro  
2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO DE JANEIRO**  
UFRJ

**Curso de Medicina  
Departamento de Clínica Médica**

**MARIA AMELIA COSTA**

**Da costura ao filé: a produção de singularizações  
no cotidiano dos trabalhadores em saúde**

**Tese de Doutorado submetida ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Clínica Médica da Faculdade de  
Medicina da Universidade Federal do  
Rio de Janeiro, como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutor em  
Ciências**

**Orientadores:**

Prof. Dra. Ana Lúcia Abrahão

Prof. Dr Emerson Elias Merhy

Prof. Dr Marcelo Gerardin Poirot Land

Rio de Janeiro  
2016

# Ficha Catalográfica

Costa, Maria Amelia

Da costura ao filé: a produção de singularizações no cotidiano dos trabalhadores em saúde / Maria Amelia Costa. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade Medicina, 2016.

163 f.; 31 cm.

Orientadores: Ana Lúcia Abrahão, Emerson Elias Merhy e Marcelo Gerardin Poirot Land.

Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Clínica Médica, 2016.

Referências bibliográficas: f. 145 – 150.

1. Fluxo de Trabalho. 2. Serviços de Saúde. 3. Serviço Hospitalar de Registros Médicos. 4. Arquivos. 5. Avaliação Institucional. 6. Pessoal de Saúde. 7. Pesquisa Qualitativa. 8. Clínica Médica – Tese. I. Abrahão, Ana Lúcia. II. Merhy, Emerson Elias. III. Land, Marcelo Gerardin Poirot. IV. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica. V. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Maria Amelia Costa

Título: Da costura ao filé: a produção de singularizações no cotidiano dos trabalhadores em saúde

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências

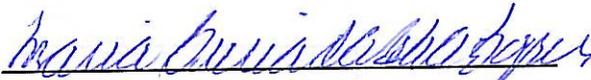
Aprovada em 15/07/2016



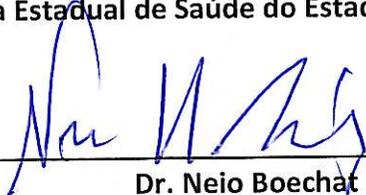
Dr.ª Lúcia Cardoso Mourão  
Universidade Federal Fluminense/UFF



Dr.ª Nereida Lúcia Palko dos Santos  
Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ



Dr.ª Maria Lúcia da Silva Lopes  
Secretaria Estadual de Saúde do Estado Paraná/SESA-PR



Dr. Neio Boechat  
Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ



Dr. Marcelo Poirot Land  
Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ

## **Dedicatória**

***À Dáda, ao Costa e à Letícia***

## Agradecimentos

Então, considero esta tarefa preciosa/prazerosa!!

Principalmente porque se revelam aqui dois aspectos especiais, surgidos neste/deste processo: parte de mim amadurece, vai para o mundo, outras tantas me constituem em outros devires com outras/novas perspectivas! Portanto...

Passo em revista alguns sentimentos que experimentei ao longo destes nove anos de encontros, agenciamentos, atravessamentos intensos, plenos de movimento, que me trouxeram até aqui!

Neste percurso, vários encontros foram fundamentais para que minha produção caminhasse e alcançasse um formato próprio. Ao me descobrir implicada muito mais que implicante, estabeleci novas/outras conexões possíveis ao perceber que o ato de cuidar em saúde se dá no encontro, tal qual vivencio no/com o coletivo da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde e do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde/UFF; tal qual experimentei no/com o coletivo dos campos de pesquisa (IFF e IPPMG); e tal qual identifiquei nos diferentes lugares que percorri no próprio processo de produção desta tese.

Agradeço especialmente aos amigos de sempre, Sandra Rocha, José Marmo, Marco, Stela Maris, Sandra Cardoso, Adriana Geisler, Luan, Rildo, Luisa Lara, Família Castiglioni Lara, Doraci, Ivanise, Beth, Sônia Maciel, Mauro André, Nazaré André, Márcia André, Maria Lúcia Menezes, Nelson Fernandes (*in memoriam*), Flora Fernandes, Vânia Carnéro, André Vieira, Nilson Sant'anna, Rita de Cássia, Maria Dolores, Isabel, Romaneli, Eva, Paloma, Marcão, Matias, Wallace, Michele, Vitor Hugo, Felipe, Gugu, Chicão, que viveram outros momentos do meu caminhar.

Aos amigos do coletivo da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde que me acolheram e trouxeram suavidade, companheirismo, discussões e reflexões de textos, trabalhos, dissertações e teses, além de muito humor, naqueles momentos em que a superação se colocou ameaçada, especialmente, Ana Lúcia Abrahão, Emerson Merhy, Maria Dajuda, Magda Chagas, Josiane, Lúcia Lopes, Érica, Mônica Rocha, Paula Cerqueira, Nereida, Angela Carla, Solange L'Abbate, Cláudia Tallemberg, Ermínia Silva, Daniel, Ana Lúcia Santos.

À amiga Simone Delgado e ao amigo Rodrigo Portugal, pacientes e camaradas.

Aos trabalhadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, especialmente à equipe do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde/LAVSA, pelo acolhimento e carinho com que me receberam.

Agradeço ao “povo lá de casa” que, com açúcar, com afeto em ato e boas risadas, tem deixado minha vida mais suave – Maria Dajuda, Josiane, Lúcia Lopes, Érica!

Agradeço às poetisas “SOMOS7” – Ana Lúcia Abrahão, Angela Carla, Magda Chagas, Mônica Rocha, Paula Cerqueira, Nereida –, por me apresentarem outros caminhos e prazeres através das palavras, dos sons, das cores, de boas gargalhadas e de bons vinhos!

Agradeço a todos aqueles jovens, outros tantos não tão jovens, que me desterritorializaram do lugar de ensinar, tornando-me parceira em suas vidas.

Permitiram-me aprender com seus questionamentos, refletir sobre minhas certezas, ampliar as possibilidades de pensar a vida a partir de outras vistas do ponto, ao longo destes últimos quarenta anos de sala de aula.

Agradeço aos integrantes da Seção de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), particularmente àqueles que dividiram comigo suas histórias de vida e compartilharam seu cotidiano sem reservas: Marly, José Everaldo, Edilson, Marinete, Marcelo, Márcio, Beta, Felipe, Wilma (*in memoriam*), Ademar, Dilene Constâncio, Roberta.

Agradeço aos integrantes do Departamento de Informação e Documentação, Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e do setor do Arquivo Médico do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF): Tiago David, Jorge Guimarães, Gina, Márcio, Douglas Marcelo, George, Elisete, Elisabete, Rafael, Jorge Fernandes, Joelson, Darlei, Evandro, Fátima e Eduardo.

Às professoras Solange L'Abbate e Nereida Lúcia Palko dos Santos, agradeço por participarem da banca no Exame de Qualificação, empenhando-se em contribuir com a análise da versão apresentada da tese, identificando questões vitais à sua finalização.

Agradeço especialmente à amiga de longa data e orientadora Ana Lúcia Abraão e ao orientador Emerson Merhy.

A todos os trabalhadores anônimos de diferentes campos de atuação profissional que, de maneira direta ou indireta, participaram do processo de construção deste trabalho, agradeço e expresso aqui minha total admiração e respeito.

Finalmente, agradeço a minha família, Letícia André – Médica de Família do SUS que muito me orgulha –, Ronaldo e Maria Lúcia, que têm me acompanhado em todos os momentos de maneira muito especial.

**COSTA, Maria Amelia. Da costura ao filé:** a produção de singularizações no cotidiano dos trabalhadores em saúde. Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

## **Resumo**

Esta pesquisa investiga a produção do cuidado na dinâmica cotidiana do processo de trabalho do arquivo médico hospitalar. Geralmente, estudos referidos a este setor estão restritos à análise documental (prontuários, exames e laudos médicos, entre outros). Suas atividades alcançam pouca expressividade para além das teorias da administração científica, dificultando a percepção de que nestas possa ocorrer produção do cuidado. Este estudo propõe analisar o processo de trabalho dos integrantes do arquivo médico em dois estabelecimentos hospitalares a partir da dinâmica da micropolítica do processo de trabalho em saúde articulada à análise institucional. Tal articulação possibilitou que a pesquisa aprofundasse algumas questões do cotidiano desses arquivos, identificando analisadores (documento perdido e processo de trabalho) capazes de revelar estratégias elaboradas por seus trabalhadores e disputas que ocorrem em seu dia a dia. Desta forma, foi possível reconhecer que estes trabalhadores detinham saberes importantes sobre a dinâmica do processo de trabalho em saúde. Como responsáveis pela guarda documental do acervo, estabelecem estratégias próprias para a sua manutenção e preservação. Sua prática diária contribui diretamente com a perspectiva cuidadora desses estabelecimentos. Assim, constroem seus próprios territórios invisíveis em seu cotidiano com/entre Instituições, promovendo a (des)territorialização de algumas certezas e verdades consagradas no campo da saúde. Atuando e participando como qualquer outra Instituição (medicina, enfermagem, gestão...) nos estabelecimentos hospitalares, produzem outras formas possíveis do cuidado em saúde que repercutem na produção da vida.

**Palavras-chave:** Fluxo de trabalho; Serviços de saúde; Pesquisa qualitativa; Processo de trabalho; Arquivo médico; Saúde; Análise Institucional.

**COSTA, Maria Amelia. The seam to fillet:** the production of singularizações the daily lives of health workers. Rio de Janeiro, 2016. Thesis (Doctorate in Science). School of Medicine, Federal University of Rio de Janeiro.

## **ABSTRACT**

This research investigates the production of care in everyday dynamics of the working process of the hospital medical file. Generally, studies referred to this sector are restricted to the analysis of documents (records, examinations and medical reports, etc.). Its activities achieve little expressiveness beyond the theories of scientific management, making it difficult to realize that they produce health care. This study aims at to analyze the work process of the medical file members in two hospitals from the perspective of the microdynamics of the work process in healthcare associated with the institutional analysis. Such articulation allowed the research to deepen some everyday issues of these files, identifying analyzers (lost document and work process) that can reveal strategies developed by its employees and disputes that occur in their daily work. Thus, it was possible to recognize that these workers held important knowledge about the dynamics of the health work process. As responsible for the documentary guard of the collection, they establish their own strategies for its maintenance and preservation. Their daily practice contribute directly to the caregiver perspective of these establishments. So they build their own invisible territories in their daily lives with/between institutions, promoting the (de)territorialization of some certainty and truth enshrined in the health field. Acting and participating like any other institution (medicine, nursing, management ...) in hospitals, produce other possible forms of health care that impact on production of life.

**KEY WORDS:** Workflow; Health services; Qualitative research; Work process; Medical file; Health; Institutional Analysis.

# ÍNDICE DE FIGURAS/FOTOS

## Figuras

1 - Fita de Moebius	30
2 - IFF	97
3 - Distribuição de pacientes cadastrados no SIS/IFF (2005/2012)	102
4 - Vista aérea do conjunto arquitetônico do IPPMG (1953)	106
5 - Rio de Janeiro/Áreas Programáticas	108
6 - CEP-IPPMG	150
7 - CEP-IPPMG	151
8 - CEP-IPPMG	152
9 - TCLE-IPPMG	153
10 - CEP-IFF	154
11 - CEP-IFF	155
12 - CEP-IFF	156
13 - TCLE-IFF	157

## Fotos

1 - IPPMG	158
2 - IPPMG	158
3 - IPPMG	159
4 - IPPMG	159
5 - IPPMG	159
6 - IFF	160
7 - IFF	160
8 - IFF	160
9 - IFF	161
10 - IFF	161

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ABRASCO** – Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
**AI** – Análise Institucional  
**AIH** – Autorização de Internação Hospitalar  
**AL** – América Latina  
**AP** – Área Programática  
**BA** – Bahia  
**BLH** – Banco de Leite Humano  
**CADRHU** – Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde  
**CEBES** – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
**CENDES** – Centro de Estudos de Desenvolvimento  
**CEP** – Comitê de Ética e Pesquisa  
**CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
**CNS** – Conferências Nacionais de Saúde  
**DECIT** – Departamento de Ciência e Tecnologia  
**DID** – Departamento de Informação e Documentação  
**DIPe** – Doenças Infecciosas Pediátricas  
**DIT** – Divisão Internacional do Trabalho  
**EAAAC** – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa  
**EPSJV** – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
**EUA** – Estados Unidos da América  
**FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz  
**GiT** – Grupo interministerial de Trabalho  
**IciCT/FIOCRUZ** – Informação Científica e Tecnológica em Saúde/FIOCRUZ  
**IEL** – Instituto Euvaldo Lodi  
**IFF** – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira  
**INCA** – Instituto Nacional do Câncer  
**IPPMG** – Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira  
**IPPUR** – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional  
**Larga Escala** – Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Larga Escala  
**LDB** – Lei de Diretrizes e Bases da Educação  
**NAPEC** – Núcleo de Apoio a Projetos Educacionais e Culturais  
**NHV** – Núcleo de Vigilância Hospitalar  
**NIR** – Núcleo Interno de Regulação  
**Nupges** – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde  
**MEC** – Ministério da Educação e Cultura  
**MS** – Ministério da Saúde  
**MTC** – Ministério de Ciência e Tecnologia  
**OMS** – Organização Mundial da Saúde  
**OPAS** – Organização Panamericana da Saúde

**OPAS/ALESP** – Organização Panamericana da Saúde/Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública

**PADI** – Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar

**PAEG** – Programa de Ação Econômica do Governo

**PIPMO** – Programa Intensivo de Preparação de Mão de Obra

**PLANFOR** – Plano Nacional de Qualificação do Trabalhador

**PND** – Plano Nacional de Desenvolvimento

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**PPGSCM** – Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

**PPREPS** – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

**PREVsaúde** – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

**PROFAE** – Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

**RN** – Recém-nascido

**SAMFAM** – Serviço de Assistência Médica Federal aos Municípios sem Médicos

**SAME** – Seção de Arquivo Médico e Estatística

**SCTIE** – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

**SENAI** – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

**SESI** – Serviço Social da Indústria

**SIS** – Sistema de Informação de Saúde

**SP** – São Paulo

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFF** – Universidade Federal Fluminense

**UFRGS** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**UFRJ** – Universidade Federal do Rio de Janeiro

**UI** – Unidade Intermediária

**UNICAMP** – Universidade Estadual de Campinas

**Unicef** – Fundo das Nações Unidas

**UP** – Unidades de Produção

**UPG** – Unidade de Pacientes Graves

**UPI** – Unidade de Pacientes Internados

**UTI** – Unidade de Tratamento Intensivo

**USP** – Universidade de São Paulo

## **SUMÁRIO**

<b>Apresentação</b>	<b>14</b>
<b>Introdução</b>	<b>19</b>
<b>Parte I – Saúde Coletiva – ponto de partida</b>	
1.1 E as coisas que eu sei [alguém dirá], fará, não sei dizer...	22
1.2 Da costura ao filé – do sujeito implicante à bordadeira implicada	32
1.3 Contribuições para pensar o trabalho em saúde - algumas reflexões	38
1.4 Mais que uma brisa - campo da saúde se (re)inventava na Saúde Coletiva	52
<b>Parte II – O Trabalho</b>	
2.1 A formalização do trabalho em saúde	55
2.2 Localizando o processo de trabalho	65
2.3 A produção da micropolítica no processo de trabalho em saúde	72
<b>Parte III – O processo de trabalho em saúde em arquivo médico</b>	
3.1 Arquivo – muito além da guarda documental	77
3.2 Tecendo ponto a ponto o bordado-tese	
3.2.1 Localizando as primeiras tecituras do bordado-tese	81
3.2.2 Com quais arranjos constituí meu campo de pesquisa?	89
3.3 Os campos da pesquisa em destaque: IFF e IPPMG	96
3.3.1 Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/IFF	97
3.3.2 Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira/IPPMG	107
<b>Parte IV – Análise das fontes – bordadeira implicada, diário dos momentos e entrevista temática</b>	
4.1 Das várias entradas deste bordado: sem início, sem fim	117
4.2 Exercitando os vários pontos	119
4.2.1 Ponto lérias do bordado-tese: analisador documento perdido	121
4.2.2 Ponto de olho de rola do bordado-tese: analisador processo de trabalho	133
<b>Parte V – Considerações finais</b>	<b>142</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>145</b>
<b>Anexos (Figuras/Fotos)</b>	<b>151</b>

## Apresentação

*(...) se quiseres conhecer um lugar,  
fala com os ausentes;  
se quiseres conhecer uma pessoa,  
escuta-lhe os sonhos.*

Provérbio  
*Mulheres de cinzas: as areias do imperador*  
Couto, 2015

No processo de elaboração de uma tese, geralmente o campo alcança a centralidade, o protagonismo; sugere-se que seja nele que se observam diferentes aspectos, questionam-se hipóteses, experimentam e/ou aplicam-se possíveis metodologias, teoriza-se com o auxílio de autores e seus conceitos, recolhem-se resultados e espera-se que se construam conclusões. Geralmente, é este o lugar, o ponto, o eixo onde se espera a efetivação do objeto no próprio caminhar da pesquisa. Por isso, achava que os vários atravessamentos aos quais está submetido o pesquisador e seu estudo só poderiam ser “des-cobertos” ou “experimentados” em ato, no próprio processo de investigação.

Entretanto, como não há como determinarmos quase tudo em nossas vidas, muito menos em tais circunstâncias, as surpresas iniciais que se apresentaram para mim revelariam o quão potente seria toda a trajetória, muito antes de me encontrar neste lugar, o campo.

Então, dito isso, creio que esta tese tem sido gestada há tempos; talvez, desde o momento em que reconheci a Geografia para além de um conhecimento disciplinar. Formada no finalzinho da década de 1970, tornei-me professora dos Ensinos Fundamental e Médio, nas redes municipal e estadual, respectivamente. Entretanto, foi apenas a partir da década de 1990 que iniciei minha incursão pelo campo da saúde. Ao ingressar na EPSJV, uma das unidades técnico-científicas da FIOCRUZ, como professora de geografia do curso técnico em saúde integrado ao nível médio, experimentei o universo do ensino associado à pesquisa, onde as questões da saúde passaram a compor boa parte de minhas investigações; tanto para fundamentar as aulas como para desenvolver temas de pesquisa que, pouco tempo depois, tornar-se-iam eixos para a temática (ou desenvolvimento) de minha dissertação de mestrado.

A partir de tal aproximação, desenvolvi uma pesquisa histórico-geográfica no Programa de pós-graduação de mestrado do IPPUR da UFRJ. Investiguei o processo de ocupação urbana da cidade do Rio de Janeiro no tempo dos Vice-reis (1763-1808)<sup>1</sup> a partir das condições de saúde/doença daquela população, trazendo para o centro do debate o conceito de miasma e a noção de Polícia Médica, baseada em estudos sobre a reforma sanitária e a noção de Saúde Pública entre os séculos XVIII-XIX.

Durante a elaboração da dissertação, aproximei-me de questões referentes ao campo da saúde, ampliando meus conhecimentos sobre a história da Saúde Pública, os debates sobre a Reforma Sanitária, as temáticas abordadas nas CNS e, principalmente, as implicações e consequências da 8ª CNS de 1986 que deflagrou o processo de instituição do SUS na Constituição de 1988.

Ao longo de dezoito anos, à medida que convivi com alunos, professores do curso técnico da habilitação de Administração Hospitalar (hoje, Gerência em Saúde) e trabalhadores da saúde, acompanhei de perto e aprendi muito sobre os meandros na/da formação dos profissionais da saúde. Fosse com a disciplina de Geografia ou com as aulas que ministrava sobre a história da Saúde Pública até o processo da Reforma Sanitária a partir da década de 1980 em alguns cursos *Lato Sensu*, em outras unidades da FIOCRUZ ou em instituições privadas, enredava-me cada vez mais no espaço e tempo do campo, redefinindo meus limites e ampliando minhas fronteiras para consolidar outra cartografia de trajetória e vida.

Em meio a esse processo de ensino/aprendizagem, passei a participar dos estudos do grupo de pesquisa Nupges<sup>2</sup>. Esta vivência riquíssima me possibilitou conhecer autores que, através de suas produções, travam aproximações e conversas com produções das ciências sociais e seus interlocutores. Esta aproximação me permitiu abrir possibilidades e revisitar a própria Geografia, onde conceitos como espaço, tempo, espaço geográfico, redes, território, territorialidade, entre outros, assumiram novos usos e sentidos.

Particularmente, tal experiência contribuiu para minha participação no desenvolvimento de um projeto de pesquisa submetido ao CNPq, no período de 2006-

---

<sup>1</sup> Dissertação intitulada *Insalubridade, fealdade e sujidade: o Rio de Janeiro no tempo dos Vice-reis (1763-1808)*, defendida em 1999.

<sup>2</sup> O grupo de pesquisa que desenvolve estudos nas áreas da formação e do trabalho em saúde. É formado por professores pesquisadores de diferentes instituições de pesquisa e áreas do conhecimento, sendo um grupo de pesquisa multiprofissional, com uma perspectiva transdisciplinar. É coordenado pela Profª Drª Ana Lúcia Abrahão da EEAAC da UFF/RJ.

2008, intitulado *Gestão do processo de trabalho em saúde: elementos para uma proposta voltada aos profissionais de nível médio*<sup>3</sup>. Além de pesquisadores do Nupges, o projeto integrava profissionais da EPSJV/FIOCRUZ, em parceria com o IPPMG, local onde se realizou a investigação.

Ao longo do processo de pesquisa, as atividades de campo ocorreram em dois setores do estabelecimento: Arquivo Médico<sup>4</sup> e Rouparia. Nestes setores, desenvolvemos algumas etapas do projeto, observando a rotina do processo de trabalho em saúde desses dois grupos de trabalho. Numa primeira fase, iniciamos o processo de aproximação, de acordo com a metodologia proposta<sup>5</sup>, além de observações simples, conversas com os integrantes de cada grupo e entrevistas, abrindo-se espaço para a fase seguinte, a captura de imagens daquela rotina que já acompanhávamos. Este processo foi lento e gradual, na medida em que exigiu de ambos (pesquisadores e grupo de trabalhadores) o tempo necessário para que se criasse um ambiente de entrosamento e gerasse a confiança que permitisse aos dois lados, na medida do possível, capturar a dinâmica daquele processo de trabalho.

O registro do cotidiano tanto do Arquivo Médico como da Rouparia resultou na elaboração de dois vídeos-documentários<sup>6</sup>. Durante o processo de análise deste material, algumas indagações/certezas/especulações desencadearam atravessamentos no grupo, capazes de despertar a necessidade de nos debruçarmos cuidadosamente em seu conteúdo e, na medida do possível, desarmarmo-nos de *a priores*, ao percebermos o quão potente haviam sido aqueles encontros. Em alguns momentos, pensava-se que algo tivesse sido concluído e, no momento seguinte, vários outros “algos” passavam a ser descartados e/ou incluídos. De fato, na elaboração do relatório experimentamos diversas etapas, boa parte delas produzida a partir da própria metodologia do projeto, outras tantas pelo próprio percurso da investigação.

---

<sup>3</sup> Projeto aprovado pelo CNPq, Edital: MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT – Nº 23/2006, doravante chamado por *Projeto Gestão*.

<sup>4</sup> Na estrutura administrativa do IPPMG, o Arquivo Médico está subordinado à Divisão Assistencial, uma das Divisões da Diretoria Adjunta de Atividades Assistenciais. Sua designação formal é SAME. Contudo, usarei uma nomenclatura simplificada no corpo da Tese – Arquivo e/ou Arquivo Médico.

<sup>5</sup> A metodologia do *Projeto Gestão*, enquanto uma pesquisa qualitativa, desenvolveu-se focada na compreensão da gestão do processo de trabalho e sua relação com a micropolítica. A partir das perspectivas da Gestão em Saúde, incorporaram-se elementos da Ergonomia da Atividade Situada, da Ergologia e da Clínica da Atividade (inovação técnica das *instruções ao sócia*, proposta originalmente por Ivar Oddone), além de conjuntos de ferramentas – não só teóricos como metodológicos e técnicos – para possibilitar a ampliação de seus instrumentos de análise.

<sup>6</sup> Para aquela produção, o Projeto foi submetido ao CEP do IPPMG/UFRJ, com o número de nº02/07-CEP/IPPMG, em 2007.

Como um dos produtos do estudo, os vídeos atenderam parte dos objetivos esperados<sup>7</sup>. A etapa seguinte correspondeu exatamente a se estabelecer nexos possíveis sobre aquele material empírico a partir de categorias de análise, para então desenvolver e fundamentar as conclusões. Naquele momento, reconheceu-se que, para algumas situações apreendidas no processo de investigação, conceitos de tais ou quais autores previamente estabelecidos e empregados ao longo da pesquisa tornaram-se insuficientes para a formulação de categorias que viabilizassem a análise do material. Aquela apreensão levou-nos a perceber a necessidade do aprofundamento das discussões em torno de tais vídeos, inclusive acionando outras fontes bibliográficas para que pudéssemos desenvolver relações necessárias à elaboração de possíveis categorias.

Como o trabalho intencionava abordar a gestão do processo de trabalho em saúde centrado no cotidiano daqueles grupos, algumas incongruências identificadas ao longo da investigação e as hipóteses que essas suscitaram geraram alguns desconfortos (ou estranhamentos), traduzindo-se em distintas inculcações. Havia algo ali que não nos deixava ir adiante; mas, por outro lado, não nos embotava. Ao contrário, estava ali todo o tempo, só não havia tido até então qualquer “coisa” que a provocasse, ou melhor, que identificasse o quanto algumas manifestações se colocavam enquanto evidências na eminência de transformações anunciadas.

Creio que regimes de verdade<sup>8</sup> cristalizados ao longo do tempo me fizeram ativar uma racionalidade secular, acionando certezas para que eu mesma pudesse explicar, de forma pragmática, a maneira como os trabalhadores administravam suas rotinas. Por outro lado, tal estranhamento também nos permitiu desconfiar daquelas certezas, levando-nos a estabelecer outras frentes possíveis para lidar com aquela “novidade”. A partir de então, outras questões passaram a compor o entendimento que inicialmente tivéramos sobre aquele processo de trabalho.

Ao final da pesquisa, processando o material para produção do relatório, assistindo o vídeo produzido sobre o arquivo médico, algumas questões que até o

---

<sup>7</sup> Dentre os objetivos estabelecidos no projeto, refiro-me à tentativa de obtenção de registros da rotina do processo de trabalho do Arquivo e da Rouparia. Através da captura de imagens que explicitassem (ou que pudessem revelar), na medida do possível, suas práticas cotidianas, métodos e procedimentos para dar conta da dinâmica do dia a dia, entre outros aspectos.

<sup>8</sup> Um regime de verdade *está constituído por um corpo doutrinal que [por um lado] se apoia numa referência permanente a um texto e, por outro lado, se refere a uma instituição também permanente, e que se transforma e assegura uma coisa tão enigmática quanto a tradição* (Foucault, 2014b:77), possibilitando que os discursos funcionem não apenas como verdadeiros, mas também as instâncias, os mecanismos e os modos nos quais foram forjados sejam acionados para os diferenciar de falso ou de verdadeiro e, assim, passem a ser definidos.

momento não eram inteligíveis para mim, passaram a fazer sentido. Surgiam ali os primeiros indícios ou vestígios de elementos a serem problematizados para compor o tema que definiria meu projeto de tese.

Entretanto, o amadurecimento deste só foi possível tempos mais tarde, quando já integrava o grupo de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Creio que ter sido apresentada a alguns autores e participado das leituras e discussões de farto material destes, contribuiu bastante para que pudesse fazer novas e outras articulações sobre o tema acerca do cotidiano do processo de trabalho no arquivo médico. Além disso, os debates resultantes de inúmeras apresentações do material inicial, tanto no grupo da Micropolítica quanto no Nupges, possibilitaram um exercício intenso sobre o tema. O resultado destas contribuições, além da imersão nos escritos de autores caros a estes grupos de pesquisa, possibilitou-me elaborar esta investigação acerca do processo de trabalho em saúde no arquivo médico em dois hospitais no município do Rio de Janeiro, que passo a desenvolver a seguir e que os convido a conhecer.

## Introdução

Trazer para o centro do debate questões pertinentes ao cotidiano do processo de trabalho do setor de arquivo médico hospitalar foi o objetivo desta tese. Especificamente, investigar o processo de produção em um ambiente responsável pela guarda de documentos em unidades hospitalares. Ademais, a especificidade deste estudo se remeteu ao aprofundamento acerca do processo de trabalho que ocorre no interior de um arquivo médico hospitalar, onde as ações de seus trabalhadores compõem e fazem parte do universo da saúde.

O cotidiano de trabalho no arquivo médico, em que o fazer, de certa forma, congrega conhecimentos da área da administração, tem em sua gênese a tradição de metodologias consideradas mais “duras”, ‘hard’, a chamada administração científica ou Teorias Gerais da Administração. Talvez, por isso, quando se observam e analisam as atividades desenvolvidas pelo grupo de trabalhadores deste setor, muitas vezes os referenciais teórico-metodológicos adotados para tratá-las estejam associados diretamente ao estudo de questões relativas à área da administração. Isto se verifica especialmente a partir de informações associadas à análise e/ou ao diagnóstico de resultados encontrados em prontuários, através de processos, cadastros, registros de dados estatísticos, entre outras evidências desta natureza.

Além de todos esses aspectos que envolvem estes referenciais, eles também são atravessados por questões do campo epidemiológico por meio de dados estatísticos, axiológicos, entre outros. De certa forma, por se originar de uma mesma área do conhecimento (administração), sua organização pouco se diferencia do que se pode encontrar em espaços destinados aos Arquivos de quaisquer estabelecimentos; seja em museus e bibliotecas, seja em “repartições” públicas ou entidades privadas. Isto porque o Arquivo é por excelência o lugar da guarda documental.

A historiadora e ensaísta Arlette Farge (2009) elaborou um estudo sobre o tema em seu livro *O sabor do Arquivo*. Neste, investigou a relação da “vida” de consultores que pesquisam assuntos variados em alguns espaços de arquivos institucionais públicos nacionais e internacionais ao terem acesso a diversos tipos de documentos (cartas, manuscritos, novelas, documentos oficiais etc.). Ao longo do ensaio, não há qualquer referência às atividades do cotidiano do grupo de trabalhadores que garantem a guarda de seus acervos, mesmo porque este não é o enfoque para gestores e público em geral.

Entretanto, quando se trata do processo de trabalho de um arquivo no campo da saúde, de um hospital, ao atender, identificar, localizar, separar, distribuir... os trabalhadores desempenham processos de trabalho que passam a compor as atividades e práticas da assistência em saúde, com arranjos próprios, integrando às características inerentes ao campo. Neste sentido, os processos de subjetivação que ocorrem a partir destes encontros, estabelecendo-se no caminhar cotidiano dos trabalhadores, inauguram aspectos singulares que me pareceram bastante interessantes de serem investigados, podendo propiciar outras e novas maneiras de se conduzir o próprio processo de trabalho, seja entre grupos de trabalhadores que desempenham suas atividades laborais, seja entre estes e usuários que buscam o atendimento de suas necessidades. Portanto, o campo da saúde propicia que agenciamentos emergjam da/na lida, do/no fazer, na medida em que, ao se estabelecerem estratégias para atender às demandas constituintes do processo de cuidado, aos níveis molar/molecular, a produção de subjetivação esteja todo tempo (e, o tempo todo) ocorrendo em ato, dada a natureza desta ação. Alguns conceitos aqui presentes serão por mim trabalhados mais adiante.

Para dar coerência à pesquisa, parti de dois referenciais teóricos que, em certa medida, complementam-se: um deles é a micropolítica do processo de trabalho em saúde. Detém-se no estudo das distintas forças instituintes que disputam projetos, constroem territórios e operam na dinâmica do encontro (trabalhador/trabalhador, trabalhador/usuário). O que se observa é que a dinâmica da micropolítica se dá a partir da capacidade inventiva permanente do trabalhador, operando na dimensão pública e coletiva, capaz de repercutir novas dinâmicas de produção, ou mesmo abrir-se a dimensões não pensadas na produção do cuidado; em síntese, na micropolítica do processo de trabalho em saúde.

Como segundo referencial, optamos pela Análise Institucional. Enquanto abordagem teórica, surgiu na França nos anos de 1960 e 1970, elaborada pelo sociólogo francês René Lourau (1933-2000), e outros estudiosos. Seus questionamentos eclodiram da percepção da atmosfera por que passava a própria sociedade francesa, da efervescência de acontecimentos precursores e desencadeadores dos movimentos de “Maio de 68” e suas reverberações pela Europa. Os conceitos de “instituição” e “analisador” foram vitais e responderam como balizadores no processo da pesquisa.

Esta pesquisa está organizada em cinco partes. Inicialmente, apresento o que me instigou a ver as “coisas do mundo do trabalho” de outro lugar – da costura ao filé. (Re)visito o universo da formação em saúde, Saúde Pública e Saúde Coletiva.

Na segunda parte, discuto o Trabalho, sua relação com o Processo de Trabalho em Saúde e, principalmente, a especificidade da produção Micropolítica no processo de trabalho em saúde.

O Arquivo Médico enquanto campo empírico e seu processo de trabalho em saúde são os temas que desenvolvo na terceira parte da pesquisa: identificando os dois hospitais/institutos de pesquisa (IPPMG/UFRJ e IFF/FIOCRUZ) e caracterizando metodologicamente através dos referenciais teóricos adotados como procedi à análise do material empírico (observações, diários de campo e entrevistas).

Na quarta parte, exercitei intensamente a produção em mim do bordado filé<sup>9</sup>. Através de alguns pontos, dentre eles o ponto de cruz, o ponto de estrelas, o ponto formiga, o cerejido, o ponto lérias etc., enveredei pela análise das entrevistas, apoiadas nos registros que fiz em meu diário dos momentos, tecendo atentamente, à medida que me reconhecia enquanto bordadeira implicada. Neste ponto, tanto os referenciais teórico-metodológicos – micropolítica do processo de trabalho em saúde e a Análise Institucional –, como os conceitos-ferramenta foram acionados, gerando um processo vigoroso de articulação e análise dos produtos fornecidos pelas fontes.

Finalmente, trouxe as considerações finais sobre o que recolhi a respeito do ato de cuidar resultante dos diferentes atravessamentos que identifiquei ao longo da pesquisa. Tais atravessamentos contribuiram para “iluminar” e ampliar reflexões e debates acerca do cotidiano do processo de trabalho do setor de arquivo médico e como este propicia a produção do cuidado que se verifica em estabelecimentos hospitalares.

---

<sup>9</sup> Faço uso de um tipo de bordado, o filé, como metáfora, devido a sua própria composição, em que as várias possibilidades de se pensar e confeccionar uma peça, além de admitir o emprego de diversas linhas, pontos, matizes etc., abrem-se a diferentes caminhos para dar início ao tecer. Portanto, permitiu-me estabelecer diferentes arranjos no desenvolvimento da pesquisa.

## Parte I – Saúde Coletiva – ponto de partida

### 1.1 E as coisas que eu sei [alguém dirá], fará, não sei dizer...

*(...) E aquilo que nesse momento se revelará aos povos  
Surpreenderá a todos, não por ser exótico  
Mas pelo fato de poder ter sempre estado oculto  
Quando terá sido o óbvio.*

Um índio (Caetano Veloso, 1977)

Ao propor o debate acerca do cotidiano do processo de trabalho do setor arquivo médico, dispunha-me a problematizar sobre a dinâmica do processo de trabalho em saúde que envolve o próprio ato de cuidar. Entretanto, tal problematização carecia de elementos suficientes para a formulação de um objeto capaz de compor uma tese, na medida em que todas as ferramentas teórico-metodológicas com as quais contava ainda se achavam insuficientes para avançar nesta produção. Portanto, tornara-se evidente a necessidade de estabelecer outros e novos arranjos para confrontar algumas questões reconhecidas naquele processo de trabalho, a fim de poder avançar no aprofundamento da investigação.

Neste ponto, acionar o conceito-ferramenta<sup>10</sup> “dispositivo” me parece um movimento bastante apropriado para que se possa “des-cobrir” algo que está presente no ato ilocutório<sup>11</sup> de um enunciado, mas supõe-se que permaneça “encoberto”<sup>12</sup>. Neste caso, interessa-me lançar mão de uma das variantes do conceito de dispositivo formulada por Michel Foucault (1926-1984)<sup>13</sup>, que se propõe “demarcar um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações (...) o dito

---

<sup>10</sup> Configura-se a partir de “elementos que nos levem a pensar e a produzir, em ato” (Abrahão *et al*, 2014: 315), arranjos que ativem a mudança na produção que já esteja elaborada ou que se pretenda elaborar no processo de trabalho em saúde, tanto no campo da formação como no dos serviços.

<sup>11</sup> Segundo Michel Foucault, “o ato ilocutório não é o que ocorreu antes do momento do enunciado (no pensamento do autor ou no jogo de suas intenções); não é o que se pôde produzir, depois do próprio enunciado, no sulco que deixou atrás de si e nas consequências que provocou; mas sim o que se produziu pelo próprio fato de ter sido enunciado - e precisamente esse enunciado (e nenhum outro) em circunstâncias bem determinada”. (Foucault, 2014a: 100).

<sup>12</sup> Porque, “por mais que o enunciado não seja oculto, nem por isso é visível; ele não se oferece à percepção como portador manifesto de seus limites e caracteres. É necessário uma certa conversão do olhar e da atitude para poder reconhecê-lo em si mesmo” (Foucault, 2014a: 135).

<sup>13</sup> Filósofo francês, atuou intensamente contra o modelo psiquiátrico que desde a década de 1950 já se tornara motivo de divergência entre diferentes grupos. Foucault aderira ao movimento da luta antimanicomial, defendendo “a ideia de que a loucura devia ser pensada como uma história cujos arquivos haviam sido recalçados sob o preço de uma formidável conjuração: a do alienismo transformado em psiquiatria, a da razão transformada em opressão” (Roudinesco, 2007: 111).

e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos” (1979: 244). Produzidos a partir de crises, a percepção destes elementos introduziu novas dimensões à minha prática, ao meu ofício, ao meu exercício do olhar, sentir, escutar etc., estabelecendo linhas de fissura, linhas de fratura, que pude aplicar naquele “único mapa” que estava habituada a traçar, a partir dos meridianos e paralelos bem definidos em seus graus, minutos e segundos.

Portanto, essas linhas do dispositivo colaboraram na formulação de distintas cartas que passaram a compor mapas; onde as coordenadas passaram a ser reveladas à medida que a pesquisa do *Projeto Gestão* (2006) se desenrolava, por distintos pontos, através de diversas entradas, como em um rizoma<sup>14</sup> que não decalca, pois o decalque se autorreproduz ao tentar reproduzir outra coisa. Enquanto manifestação rizomática, estes mapas se constituem através de múltiplas conexões com dimensões que incorporam movimentos que se territorializam<sup>15</sup>, desterritorializam-se e, outra vez, em processo permanente, reterritorializam-se no real de acordo com o vivido (DELEUZE<sup>16</sup> *et al*, 2011). Assim, em meu percurso se estabeleceram diferentes sentidos que me permitiram experimentar terras desconhecidas, cartografando possíveis e novas vivências.

De fato, creio que tal processo tenha gerado o que nomino de estranhamento devido à expectativa de que houvesse alguma forma contínua para explicar um inexplicável. Decerto, o ineditismo no qual me vi enredada se deva muito mais à destituição de enunciados e à reelaboração de tantos outros, que, até aquele momento, davam sentido ao meu discurso<sup>17</sup> a partir de situações distintas com suas regras de formulação sobre o vivido, e que se tornariam insuficientes para tal naquele momento.

---

<sup>14</sup> Por outro lado, Gilles Deleuze e Félix Guattari destacam que alguns cuidados devem ser tomados ao se reconhecer que “o mapa ou o rizoma têm essencialmente entradas múltiplas, [...] se pode entrar nelas pelos caminhos dos decalques ou pela via das árvores-raízes, observando as precauções necessárias (renunciando-se também aí a um dualismo maniqueísta)” (2011: 33).

<sup>15</sup> Território entendido aqui como resultante de “fragmentos decodificados de todo tipo, extraídos dos meios, mas que adquirem a partir desse momento um valor de ‘propriedade’: mesmo os ritmos ganham aqui um novo sentido (ritornelos)” (Deleuze *et al*, 1997: 218).

<sup>16</sup> Gilles Deleuze (1925-1995) foi considerado “filósofo dos extremos e do riso, do grotesco e do sublime, do sonho e do desejo. Sem nada de romântico, era animado por uma espécie de paixão incandescente pelo gênio criador que o tornava sensível às manifestações mais utópicas, mas também às mais sutis, da arte, da poesia e da literatura” (Roudinesco, 2007: 205-206). Deleuze (filósofo francês) argumentava que “um sujeito só é sujeito porque é em primeiro lugar um não-sujeito, isto é, uma singularidade múltipla e sempre desterritorializada” (idem, p. 207). Dentre seus trabalhos, *O Anti-Édipo*, escrito com Félix Guattari (1930-1992), destacou-se mundialmente.

<sup>17</sup> Discurso entendido como “um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva; ele não forma uma unidade retórica ou formal, indefinidamente repetível e cujo aparecimento ou utilização poderíamos assinalar (e explicar, se for o caso) na história; é constituído de

Realizar aquelas sensações, aquele estranhamento, soou-me como um acontecimento, aquilo que se dá no presente momento em que se pode experimentar diferentes percepções como algo que se coloca à frente, que se faz e se dá a perceber num mesmo instante. O acontecimento se vivencia em um estado de coisas, que se efetiva a partir do encontro no exercício do fazer, de acordo com o ponto de vista de quem o encarna (ZOURABICHVILI, 2009). Talvez por isso “as coisas” que passei a “ver/sentir” não contassem com palavras de ordem que eu dispusesse em minha caixa de ferramentas<sup>18</sup> e pudesse acionar para entendê-las, muito menos as explicar. Como compreender este “outro” enunciado, que se tornou inesperadamente tão singular, porque não se encontrava enquadrado (ou submetido) a algum discurso previamente determinado? Principalmente, porque até então tudo que supunha ter vivenciado poderia ser ensinado<sup>19</sup> através de qualquer rede de regras gramaticais e funções de sintaxe; até porque “as palavras de ordem não remetem, então, somente aos comandados, mas a todos os atos que estão ligados aos enunciados por uma “obrigação social” (DELEUZE *et al*, 1995: 16).

De fato, instaurava-se uma sensação de (des)conforto, mesmo que houvesse justificativas amparadas por uma “obrigação social”. Em nosso coletivo da pesquisa, a princípio, tal “sensação” pode ter sido produzida por uma daquelas linhas de fissura que compõe o dispositivo, porque em todos agenciou distintas afecções<sup>20</sup> extremamente difusas. Esse agenciamento pode ser entendido aqui a partir da leitura que Gilles

---

um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência” (Foucault, 2014a: 143).

<sup>18</sup> Segundo Emerson Elias Merhy (1999), caixa de ferramenta é o conjunto de saberes de que os trabalhadores dispõem na prática do cuidado para produção de atos de saúde individual ou em equipe; possibilitando sua compreensão do problema de saúde e seu enfrentamento de maneira mais adequada, seja para o usuário do serviço, seja para a própria composição dos processos de trabalho. Aqui, tomo de empréstimo do autor o termo para expressar um conjunto de saberes que podem ou não estar diretamente referidos à produção de atos de saúde, mas, decerto, remetem-se ao universo de elementos ou conceitos que utilizo para designar a construção de pensamento acerca de processos de trabalho em saúde.

<sup>19</sup> Segundo Gilles Deleuze e Félix Guattari, “a língua é, segundo uma fórmula de Weinreich, “uma realidade essencialmente heterogênea”. Não existe uma língua-mãe, mas tomada de poder por uma língua dominante dentro de uma multiplicidade política. A língua se estabiliza em torno de uma paróquia, de um bispado, de uma capital. Ela faz bulbo. Ela evolui por hastes e fluxos subterrâneos, ao longo de vales fluviais ou de linhas de estradas de ferro, espalha-se como manchas de óleo. Podem-se sempre efetuar, na língua, decomposições estruturais internas: isto não é fundamentalmente diferente de uma busca das raízes” (2011: 23).

<sup>20</sup> Tratamos aqui da afecção que instiga nossa potência de agir que, segundo Deleuze, em *Espinosa: filosofia prática*, há distinção entre duas espécies de afecções: “as ações, que se explicam pela natureza do indivíduo afetado e derivam de sua essência; as paixões, que se explicam por outra coisa e derivam do exterior (...). E, ainda, Deleuze observa que não se devem, pois, distinguir apenas as ações e as paixões, mas duas espécies de paixões. (...) quando encontramos um corpo que convém à nossa natureza e cuja relação se compõe com a nossa, diríamos que sua potência se adiciona à nossa: as paixões que nos afetam são de alegria, nossa potência de agir é ampliada ou favorecida” (2002: 33-34).

Deleuze e Félix Guattari (1977) fazem de escritos de Kafka, verificando nestes o agenciamento coletivo de enunciação e o agenciamento maquínico de desejo. De acordo com esses registros, Gilles Deleuze *et al* nos informam que

uma máquina de escrever só existe em um escritório, o escritório só existe com secretárias, subchefes e patrões, com uma distribuição administrativa, política e social, mas erótica também, sem a qual não haveria e jamais teria havido ‘técnica’. Isso porque a máquina é desejo, não que o desejo seja desejo *da* máquina, mas porque o desejo não deixa de formar máquina na máquina, e de constituir uma nova engrenagem ao lado da engrenagem precedente, indefinidamente, mesmo que essas engrenagens tenham ar de se oporem, ou de funcionarem de maneira discordante. (1977: 119).

Assim,

o que forma máquina, para falar claramente, são as conexões, todas as conexões que conduzem à desmontagem. Que a própria máquina técnica seja apenas uma peça em um agenciamento social *que ela supõe*, e que merece apenas ser chamada ‘maquínico’, isso nos prepara para o outro aspecto: agenciamento maquínico de desejo é também agenciamento coletivo de enunciação. (...) E certamente, na obra de Kafka, não se trata da máquina técnica por ela mesma, nem do enunciado jurídico por ele mesmo; mas a máquina técnica fornece o modelo de uma forma de conteúdo válida para todo o campo social, e o enunciado jurídico, o modelo de uma forma de expressão válida para todo o enunciado. O essencial em Kafka é que a máquina, o enunciado e o desejo façam parte de um único e mesmo agenciamento, que dá ao romance seu motor e seu objeto ilimitados. (Idem).

Portanto, produziu-se em todos uma infinidade de “sensações” diferenciadas, agenciamentos de diferentes naturezas: de máquina, de enunciados e de desejos. Entretanto, para mim, tais agenciamentos se manifestaram “nebulosos”, num instante primeiro.

Por isso, ocorreu-me que a melhor forma de enfrentar aquela vivência e suportar a encalacrada que tal agenciamento me causava, seria içar-me tal qual o fez o Barão de Münchhausen<sup>21</sup>, por dentro do próprio positivismo para não sucumbir ao pântano. Assim, possivelmente, retomaria de alguma maneira minha “zona de conforto”, meridianos e paralelos, das coisas previamente estabelecidas, mantendo a distância ideal

---

<sup>21</sup> Michael Löwy debate em seu livro, *As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento*, possíveis interpretações acerca da construção do pensamento na modernidade à luz do que ele próprio identifica como “visões sociais de mundo”, “ideologias e utopias no conhecimento científico”; parte de três modelos da sociologia do conhecimento: o positivismo, o historicismo e o marxismo. Neste livro, Löwy utiliza como referência ao positivismo um episódio descrito por um autor da literatura inglesa que relata as agruras militares do Barão Karl Friedrich Hieronymus von Münchhausen (1720-1797) a partir do realismo fantástico.

e necessária como aquele pesquisador que analisa o campo empírico colocando em prática a “velha” conhecida ciência moderna, a objetividade dos universais com sua neutralidade axiológica para a elaboração do objeto.

Arrisco-me a pensar que talvez um processo que subvertesse, que rompesse esta ligação, permitir-me-ia avistar outra possibilidade além daquela primeira, tentando todo o tempo e o tempo todo enquadrar a experiência daqueles grupos através de construções de pensamento forjados a partir de palavras de ordem. Para isso foi necessário buscar outras formas de exercitar meus sentidos e aproximá-los de outras possíveis (des)ordens, onde pudesse identificar mais de uma possibilidade. Deleuze *et al* (1997) sugere que a partir da palavra de ordem ao próprio enunciado escapem perguntas, onde não haja dúvidas *a priori*, pois, a dúvida ou questionamento admite a reflexão, um exercício produtor de singularidades, impedindo que a palavra de ordem imobilize o pensamento alheio. “Palavras que seriam como que passagens, componentes de passagem, enquanto as palavras de ordem marcam paradas, composições estratificadas, organizadas.” (1997: 58-59). Portanto, tornou-se imprescindível transformar as composições de ordem em composições de passagem.

Entretanto, até superar, ou melhor, enfrentar a própria resistência reconhecendo outro dispositivo, tentei compor um cenário árido sobre tudo o que se passava e tudo que experimentava. Inclusive, por instantes, argumentei sem qualquer sombra de dúvidas, de maneira resumida, o quanto o repertório produzido pelos integrantes daquele grupo, fontes de minha pesquisa, parecia-me tanto quanto *piegas*<sup>22</sup>. De fato, creio que não entendia o que se passava comigo, transferindo para trabalhadores do arquivo médico a responsabilidade sobre o “mal estar” que causava toda aquela afecção que em mim brotava; à época, incomodou-me o grau de emoção que as fontes demonstravam ao falar sobre seus processos de trabalho, pois eu não supunha que de fato resultava da intensa implicação<sup>23</sup> destes em suas práticas laborais.

---

<sup>22</sup> Segundo o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*: *Piegas* - adj. 2g. 2n. (1854) **1** em que há *pieguice*, sentimentalismo extremo (filme p.); adj. 2g. 2n. s. 2g. 2n. 2 que ou que é ridiculamente sentimental... (p. 1489).

<sup>23</sup> Segundo Gilles Monceau, “(...) implicação é a relação que indivíduos desenvolvem com a instituição. Nós podemos dizer que o indivíduo é tomado pela instituição, querendo ele ou não. Eu não tenho a possibilidade de decidir que não estou implicado na instituição universitária francesa, mesmo que eu possa ter posições bastante críticas, mesmo que eu queira tomar uma distância, eu sou tomado por esta instituição. [René] Lourau tinha uma frase que eu guardo de memória porque ilustra bem essa ideia. Ele dizia: “A instituição fala pelo ventre, falando por nossa boca”. Não podemos confundir implicação com engajamento, com investimento”. (2008: 21).

Quando um dos entrevistados ou uma das fontes, o senhor João<sup>24</sup>, servidor das “antigas”<sup>25</sup>, tarimbado, fez o depoimento sobre seu cotidiano, encontrava-se no ambiente do espaço físico do Arquivo Médico do IPPMG, local de trabalho, entre as estantes onde são guardados prontuários e “guias fora”<sup>26</sup>. Ao rever as imagens capturadas e editadas que compuseram o vídeo, passei a refletir sobre o que de fato eu estava vivenciando; por que toda aquela emoção presente em sua fala fazia brotar em mim um sentimento que não conseguia explicar? Talvez, ali, o depoimento daquela fonte, com suas palavras, transformasse “as composições de ordem” que eu trazia em mim em “composições de passagem”, quando afirmava que:

**1º momento**<sup>27</sup>: Pra mim, qualquer uma criança que “teje” doente, “teje” passando aquele momento, assim, de, de, sofrimento, a gente tem que tá sempre olhando por ela e fazendo tudo pra poder estar dando certo, as coisas correndo certo, pra poder tá sempre animando essas crianças. Porque é chato você chegar, aqui, hoje, o exame da criança não tá, e tem que tá indo, vai lá, a criança passar por aquele processo de furação, de exame, seja o que for, porque, a criança vai sentindo né?! A cada dia, vai perdendo até o ânimo, todo dia! Que às vezes tem criança que fala: - “Pô”, vô lá praquele médico de novo (?), pra ser furada (?); às vezes nem é isso, às vezes vai só pra “podê” “fazê” a rotina, mas já fica com aquele medo, aquela, aquele ressentimento de médico (...). (Grifo meu).

De fato, como poderia entender, ou explicar, o que se passava naquele ambiente de trabalho? Aquele grupo de trabalhadores empregava algum tipo de “feitiço” (?), de conhecimento (?), de saber (?), que eu desconhecia; apresentava algo além de todo o acervo dos conteúdos programáticos e das disciplinas das chamadas “boas práticas” do aprendizado técnico que eu acreditava conhecer. Com certeza, havia um algo mais a ser percebido, ou sentido! Algo que tornava aqueles conceitos rígidos e acabados que eu dominava e que cabiam enquanto palavras de ordem, ensinando, e que dispunha em minha caixa de ferramentas, insuficientes para suportar aquela vivência tão intensa.

Então, ele mais uma vez transformava “as composições de ordem”:

---

<sup>24</sup> São fictícios todos os nomes de entrevistados.

<sup>25</sup> “Formado” em serviço, nos moldes de que tratavam os temas centrais ou transversais das III, IV, VII CNS as questões remetidas aos recursos humanos, e que têm sido pauta de projetos, programas, desde sempre.

<sup>26</sup> Pasta que substitui os prontuários quando estes são encaminhados para a consulta ou algum outro procedimento, onde sempre consta um canhoto com instruções quanto à movimentação dos mesmos: nome do paciente, número do prontuário, data de saída, ambulatório, consultório ou setor da especialidade etc..

<sup>27</sup> Alguns fragmentos de fala foram extraídos de um conjunto de entrevistas obtidas no *Projeto Gestão*, que escolhi trabalhar na Tese, não havendo uma cronologia entre elas, apenas na do próprio depoente.

**2º momento:** (...) *eu tive um paciente* aqui que, eu, o Adailson, que, quando eu vim trabalhar pra cá, eu passei a gostar dele, que ele tinha era, é, é, leucemia falciforme, ele ficava verdinho; então, eu pegava ele pra poder passear comigo na praia, aqui, e pagava um lanche pra ele, mas sempre pedindo uma autorização do médico, o médico autorizava pra poder ele descer, perguntando se ele poderia comer algum lanche, fazer algum lanche, se ele, a dieta dele estaria livre, aí o médico sempre fala, tá livre, pode comer; então, me apeguei muito com esse rapazinho, com esse paciente. Fazia, comprava alguma coisa pra ele, ele, ele, sempre fazia um artesanato, vendia pros pessoal, um garoto até inteligente ele; vinha de casa sozinho, pra poder se tratar quando passava mal, mais aí quando ele faleceu, senti aquele “baque”, aí depois eu não quis mais, muito, muito mais me apegar a essas crianças assim não, entendeu, porque [pequena pausa] a gente sente muito quando, tipo assim, fosse um filho, entendeu, que vai você tá perdendo ele, e Deus pega, leva, aí você já, já sente, comigo foi assim, aí eu já me destaquei um pouquinho. Mas eu vejo as crianças, quando eu passo brinco com elas, entendeu, dou um, aquele, uma brincadeira, pra poder dá um ânimo, pra poder elas não ficar, assim, triste, brinco, aí, é assim que a, que a vida funciona, é o, é o ritmo da vida, né, é, como é que se diz?! É o cotidiano da, de cada dia do brasileiro! (Grifo meu).

Em seu depoimento, senhor João deixou evidenciar que seu processo de trabalho em saúde era muito mais que proceder à guarda documental. Esta fonte falava do exercício da produção de vida, da micropolítica do trabalho vivo em ato<sup>28</sup>, muito além de prontuários, de fichas, de exames, de papéis empoeirados etc.; neste e em outros fragmentos de seu depoimento, havia algumas histórias de vida, de pacientes infantis e seus acompanhantes, de mães e seus bebês, de trabalhadores como ele, como eu.

De fato, toda a experiência, vivência, apresentada por esta fonte me capturou e, como um dispositivo potente, aos poucos, a resistência deu lugar a processos mais intensos, fazendo com que aquele território das ideias, estruturado por certezas “redondinhas” e redundantes se (des)territorializasse. Sendo assim, (des)territorializando alguns regimes de verdade, produzi outros enunciados que aos poucos puderam sustentar outro olhar, suportar as diversas imagens que, como um caleidoscópio, passei a elaborar, na medida em que aquela relação se metamorfoseava em outro acontecimento.

---

<sup>28</sup> Segundo Mehry (2007), o trabalho vivo resulta em produtos que se encontram no fazer, no momento. Porém, o trabalho vivo em ato agrega a este fazer a dimensão inventiva, da criação, onde se encarnam todo o saber que já está constituído e mais a potência da criação, fortalecendo cada vez mais a dimensão autônoma que opera nos níveis molar e molecular da produção de subjetivação.

Assim como o senhor João, essa fonte em especial, seu grupo de trabalhadores me apresentou a possibilidade de rever não apenas regimes de verdade, mas de reconhecer a multiplicidade<sup>29</sup> que me constituía, fazendo com que eu me tornasse a capturada. Portanto, pude perceber a palavra de ordem empobrecida, esvaziada, que redundantemente ainda arriscava evocar, na tentativa de fazer das questões manifestas pelo grupo, uma literatura marginal. Então, perguntava-me: por que necessitava submeter aquela produção de vida tão rica a uma literatura maior, universal? (DELEUZE *et al*, 1977). Neste caso, vale refletir acerca do funcionamento desta literatura, porque, enquanto dominante, subverte/submete qualquer outra forma de expressão que tente resistir (ou enfrentar) a sua própria, negando outras possíveis estratégias de existir e “com-viver” que escapem a tal literatura maior.

Assim, Deleuze *et al* (1977) esclarecem que

(...) As três características da literatura menor são de desterritorialização da língua, a ramificação do individual no imediato-político, o agenciamento coletivo de enunciação. Vale dizer que ‘menor’ não qualifica mais certas literaturas, mas as condições revolucionárias de toda literatura no seio daquela que chamamos de grande (ou estabelecida). (p. 28).

Suspeito que, ao reconhecer o depoimento do senhor João enquanto língua menor, componente de uma literatura menor, o processo de (des)territorialização causaria em mim múltiplas feridas, escaras, na medida em que a consciência daquela potente produção de vida que eu experimentava com aquele grupo de trabalhadores também requalificava minha própria forma de ver/viver a vida. Aquela língua menor invadiu-me, levando-me a uma reterritorialização; “somente a esse preço que a literatura se torna realmente máquina coletiva de expressão, e se torna apta a tratar, a desencadear os conteúdos” (idem, p. 29).

Tudo aquilo que vivi foi um exercício novo, um processo de subjetivação<sup>30</sup>, que se exerce de fora e produz tamanha reviravolta, como a dobra que arrebenta, abre

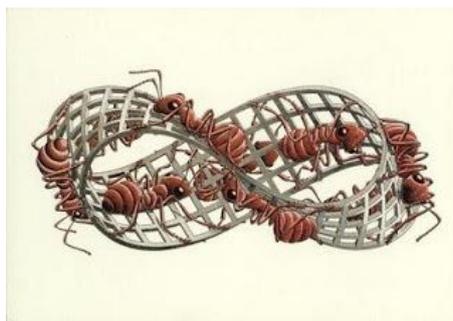
---

<sup>29</sup> Refiro-me aqui à multiplicidade enquanto um dos princípios dentre as características aproximativas do rizoma: “é somente quando o múltiplo [n-1; é somente assim que o uno faz parte do múltiplo, estando sempre subtraído dele] é efetivamente tratado como substantivo, multiplicidade, que ele não tem mais nenhuma relação com o uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural ou espiritual, como imagem do mundo. As multiplicidades são rizomáticas e denunciam as pseudomultiplicidades arborescentes. Inexistência, pois, de unidade que sirva de pivô no objeto ou que se divida no sujeito. Inexistência de unidade ainda que fosse para abortar no objeto e para “voltar” no sujeito. Uma multiplicidade não tem nem sujeito nem objeto, mas somente determinações, grandezas, dimensões que não podem crescer sem que mude de natureza (...)” (DELEUZE *et al*, 2011: 23).

<sup>30</sup> Para Guattari e Rolnik, o processo de subjetivação resulta do desenvolvimento de “(...) modos de subjetivação singulares, aquilo que poderíamos chamar de “processos de singularização”: uma maneira de

caminho para o devir, ativando muitos “eus” em mim, toda potência de multiplicidade que até aquele momento a cegueira da razão me impedia de sentir. Assim, tomando de empréstimo a fita de Moebius, a partir de uma releitura de Escher<sup>31</sup>, que revela o movimento do fora de dentro e do dentro de fora que as formigas executam simultaneamente, sem que se consiga perceber o momento exato da “virada”, tendo a experimentar a confluência destes dois movimentos, a dobra, o tempo da imanência.

**Figura 1**



**Fonte:** <http://conceitoaronaldo.blogspot.com.br/2009/01/o-que-uma-fita-de-moebius.html>.

Esse movimento me tomou por inteira, produzindo o que Abrahão (2004) conceituou de efeito pororoca do processo de trabalho, a partir do momento em que a subjetividade ocorre no interior da dobra, “como núcleos que são produzidos pela desaceleração do processo de subjetivação. O processo de subjetivação é como a ‘pororoca’: tem grande efeito; é forte” (p. 83-84). Porque promove “sacudidas”, processos de reviravolta em bases que se acreditava já previamente estabelecidas, passando a admitir outras perspectivas para dentro de si, proporcionando leituras diferenciadas de si e do outro.

Assim, como o dispositivo fonte “senhor João” produziu a pororoca em mim e possibilitou que reconhecesse o quão implicada estava naquele processo de trabalho em saúde, de sujeito implicante, tornei-me sujeito implicado, este dispositivo que se produz nas fraturas, nas fissuras, enquanto linha de fuga.

Aquele projeto de pesquisa que nomeiei de *Projeto Gestão* no início de meu relato prosseguiu a partir de outra conformação, trazendo para o interior do próprio

---

recusar todos esses modos de encodificação preestabelecidos, todos esses modos de manipulação e de telecomando, recusá-los para construir modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular” (2010: 22-23).

<sup>31</sup> Maurits Cornelis Escher (1898-1972), artista gráfico holandês que produzia representação a partir de construções impossíveis, com preenchimento irregular do plano, explorações do infinito e as chamadas metamorfoses (padrões geométricos entrecruzados que se transformavam gradualmente em formas completamente diferentes).

grupo de pesquisa outra perspectiva no reconhecimento do processo de trabalho em saúde. Os agenciamentos coletivos resultantes dos processos de subjetivação que experimentamos, em certa medida, “(re)inventaram-nos”, e, a partir de então, ao longo da pesquisa reverberaram em outras produções.

Particularmente, toda aquela movimentação de sensações/vivências provocou uma mudança radical, de um ponto a outro, a tal “sacudida”, uma volta que me retirou do eixo de verdades em que estava centrada e implicada, deslocando-me para outras bases e processos de implicação. Dessa forma, possibilitou-me abrir novos caminhos, de olhares e de conversas quanto a produções no campo da saúde.

Aquele encontro me acionou o interesse de investigar como o processo de trabalho em saúde daquele grupo produzia vida em meio a prontuários, fichas, exames...; e, talvez, outros dispositivos ali presentes poderiam alimentar mais ainda minha caixa de ferramentas, abrindo outras portas de entrada na constituição de uma possível percepção rizomática daquele processo de trabalho.

Desta forma, senti-me ativada em elaborar meu projeto de tese de doutorado aprofundando questões acerca de produções de vida no processo de trabalho em saúde em um grupo de trabalho do arquivo médico; assim, ampliava minha condição de sujeito/pesquisador interessado e consolidado a de sujeito implicado, colocando-me enquanto pesquisadora e pesquisada (MERHY, 2004).

## 1.2 Da costura ao filé – do sujeito implicante à bordadeira implicada

Para isso, iniciei meu próprio projeto de pesquisa: “Da costura ao filé: a produção de singularizações no cotidiano dos trabalhadores em saúde”. Este objetivou investigar produções de singularização que se verificam no processo de trabalho em saúde no cotidiano de grupos de trabalhadores do arquivo médico. O estudo ocorreu em dois estabelecimentos hospitalares: Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG)<sup>32</sup> e Instituto Fernandes Figueira (IFF)<sup>33</sup>, institutos de ensino/pesquisa, hospitais-escola pertencentes à rede federal do SUS no município do Rio de Janeiro.

“Da costura ao filé”, nome título da tese, não se deu de forma desinteressada. Surgiu, mesmo, em decorrência do processo vivenciado por mim e aqui exposto anteriormente.

Como numa costura, a agulha abre seu caminho em quaisquer tipos de tecidos a partir de uma determinada entrada, perfazendo sua trajetória, por vezes numa mesma direção, percorrendo alguma “linha” já traçada previamente no pensamento de quem costura; portanto, assim é que me reconhecia na produção do conhecimento: produzindo costuras com conceitos pré-determinados a partir de uma única entrada.

Entretanto, ao ser ativada e invadida por afecções de diferentes processos, desde a subjetivação da fita de Moebius, passando pela subjetividade em dobra da “pororoca”, além do exercício em me reconhecer na multiplicidade de sujeito implicado, esse processo “costura” se insurgiu, metamorfoseou-se em uma forma mais graciosa e potente de ver/sentir a vida, em um bordado.

Para uma aproximação de como essa potência bordado me constituiu, é fundamental que se acompanhe como se desenvolve a prática das bordadeiras; contudo, para alcançá-las é necessário perfazer algumas etapas. Inicialmente, há que escolher algum tipo de bordado (livres, bilros, filé, à máquina, com pontos diversos etc.), que, dentre vários, carece de técnica específica.

Neste caso, escolhi o bordado “filé”.

Produzido por bordadeiras rendeiras, elas é que escolhem os pontos que vão ser utilizados para compor a peça. Sugere-se que estes pontos sejam de vários formatos,

---

<sup>32</sup> Hospital universitário vinculado à UFRJ que desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão, articuladas à assistência especializada a crianças e adolescentes do Rio de Janeiro.

<sup>33</sup> Como uma das unidades técnico-científicas da FIOCRUZ, além de assumir as mesmas atribuições que o IPPMG, é uma maternidade de referência e desenvolve o trabalho de assistência à saúde da mulher.

texturas e cores, geralmente com muita variedade de cores de diversos tons. Dentre os pontos mais utilizados para o filé, têm-se o ponto formiga, o ponto a cheio, o ponto de neve, o cerejido, o ponto de estrelas, o ponto russo, o ponto de cruz, o ponto lérias, o ponto de argola, o ponto de olho de rola, além de vários pontos de fantasia. As entradas para dar início e prosseguimento ao bordado são várias, vai depender dos pontos escolhidos, dos desenhos que se queira construir. Podem compor uma única peça ou adornar barras de toalhas, vestimentas, preencher vazios etc..

Além disso, no bordado filé, as bordadeiras têm como base do trabalho redes, porque não utilizam as riscadeiras que riscam o desenho, para que o tomem de modelo. O bordado filé se assemelha à rede de pescador, contudo é feito de algodão, geralmente de fio cru ou de cor branca ou de uma infinidade de cores. As redes de trabalho são presas com pequenas taxas em bastidores de madeira no tamanho da peça a se realizar, onde as peças são bordadas até sua finalização com o remate<sup>34</sup>.

Em analogia ao processo de trabalho das bordadeiras na confecção do bordado filé, cujas diferentes entradas permitem o exercício da tecelã, reconheci meu próprio exercício de bordar a construção do conhecimento do processo de trabalho em saúde, a partir do momento em que trazer para este campo de pesquisa uma única “entrada”, fechada, ensinada, tornou-se insuficiente. Na medida em que, dispondo de diferentes conceitos que possam contribuir na escolha dos variados “pontos”, para em seguida proceder ao ato em si do bordado, aproximei fios de diferentes formatos, texturas e cores, atravessados por linhas de múltiplos matizes, percorrendo diversos trajetos, materializando a trama no remate.

De posse deste ver/sentir bordadeira “filé” em mim, dei início à pesquisa.

Etapa difícil!

Em primeiro lugar, porque trazer para o universo do conhecimento científico o debate acerca do que se produz num arquivo médico, para além da análise documental, por si só mereceria, pelo menos, uma pontinha de desconfiança.

---

<sup>34</sup> Termo empregado na arte da tecelagem, da costura, do bordado, entre outros trabalhos manuais de fiar. Neste caso, tratamos do remate na produção do bordado filé, que tem sua origem indeterminada, afirmando-se ser tão antiga quanto os homens. No Brasil, é uma arte bastante comum e difundida entre as rendeiras, e seu princípio assemelha-se à confecção das redes (<http://trajesdeportugal.blogspot.com/2007/12/bordados-de-fil-felgueiras-douro.html>).

Como assim? O prontuário, valioso instrumento para a formação de profissionais do campo, como uma importante fonte na construção de fluxos de saber e pesquisa, além de várias outras atribuições, estaria alijado deste processo?

O que teria atraído um pesquisador ao santuário dos prontuários?

Como estes poderiam ser alijados de seu protagonismo em um estudo sobre arquivo médico, sem que os mesmos fossem aqueles preciosos documentos, objeto de seu interesse, certo?!

Errado!

De fato, toda a minha trajetória na pesquisa teve início mesmo antes de me encontrar no campo. Refiro-me aos processos de subjetivação que me invadiram há tempos; mas, também, à descoberta de que, em geral, os estudos necessitam alcançar certa “legitimidade” científica naquele tal universo do conhecimento científico antes mesmo de se tornarem objeto de uma investigação. Neste caso, a pergunta que se colocou em diferentes momentos antes mesmo que eu chegasse de fato ao campo não se referiu ao tema que me interessava estudar (o processo de trabalho em saúde que se desenvolve em arquivos médicos), mas: por que aquele processo de trabalho em particular?

O que uma atividade rotineira como aquela que se executa em arquivos médicos, onde o grupo de trabalhadores arquiva e desarquiva pastas, tem de importante além de prontuários com histórias de seus pacientes, exames etc.? Haveria algo, alguma produção de saber que até o momento passara despercebida por contingentes de pesquisadores de diversas áreas do conhecimento que, geralmente, reconhecem-no como depositário de documentos ricos em dados epidemiológicos, nosológicos, estatísticos, demográficos etc.?

Mais uma vez, o que interessa de fato não são somente as perguntas a fazer, mas as respostas que a nós são dadas e que nos fazem pensar! Porque, neste caso, ao se olhar com atenção o que se vê, amplia-se a capacidade de enxergar que as respostas estão ali mesmo, tão concretas e objetivas, sem grandes aparatos tecnológicos, “a olhos desarmados”, sem que se necessite teorizar, conceituar, hierarquizar. Por um lado, porque o arquivo médico faz parte do todo do hospital; por outro, porque tem uma relação direta com a produção do cuidado em todos os níveis de sua complexidade. Sim, é o arquivo médico!

Estudar, investigar, pesquisar sobre o que se produz neste lugar possibilita entender e publicizar que há potência de vida que habita e extravasa nos/dos encontros de seu grupo de trabalhadores, mesmo que não alcance visibilidade suficiente para os tornar públicos. Então, qual seria a resposta mais adequada para esta pergunta: como os trabalhadores do arquivo médico produzem cuidado? Tendo em vista que sua existência é ignorada por boa parte de outros setores, arrisco-me a dizer que, na maioria das vezes, a pergunta não se coloca, porque, de antemão já há o entendimento de que esses trabalhadores, apesar de estarem em um hospital, não são produtores de cuidado.

Ademais, as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores do arquivo médico, relacionadas à preservação de informações contidas em documentos que garantem o funcionamento de seus hospitais, clínicas, unidades básicas etc., são reconhecidas somente enquanto atividades subsidiárias da produção de outros grupos (técnicos, enfermeiros, médicos, pesquisadores, residentes, graduandos, administradores, gestores). O fato de desenvolverem atividades que contribuem para a promoção da saúde e de vida não é considerado fato certificador de sua existência.

Verifica-se a importância desta pesquisa, à medida que aponta questões que se encontram subjacentes ao processo de produção do cuidado ao problematizar o cotidiano do setor arquivo médico no interior de estabelecimentos hospitalares. Portanto, propõe o seguinte desafio: um desvio de foco, em que um olhar “desavisado” (ou mesmo, viciado) se qualifique e supere os ultrapassados organogramas administrativos, estereotipados em estruturas de gestão, que geralmente nada ou pouco dizem sobre seu estabelecimento.

Por isso, ao submeter minha proposta de tese ao CEP<sup>35</sup>, surgiram alguns daqueles questionamentos que apontei anteriormente, do tipo: quem, como? e por quê?. Além disso, houve também dificuldades quanto ao conteúdo do projeto, por este não apresentar a “tal” relação sujeito e objeto com um método científico bem estruturado, num modelo padronizado, que garantisse a objetividade do conhecimento a ser produzido; muito menos, uma possível validação a partir de uma observação do campo empírico distanciando a presença do observador, por exemplo, como ocorre em estudos

---

<sup>35</sup> Anexos: Figuras 6-8 **IPPMG**, páginas 150-152; e, Figuras 10-12 **IFF**, páginas 154-156.

epidemiológicos. Por isso, caminhar no processo de sua validação a partir do encontro, do acontecimento, entre mim – a bordadeira “filé”, sujeito implicado – e seus validadores, em alguns momentos, pareceu-me um (des)encontro entre entidades de natureza totalmente difusas. Na mesma direção, Merhy (2004) aponta para situações mesmo na Saúde Coletiva em que a questão da objetividade do método tende a criar expectativas quanto aos processos de investigação que geram suspeitas por fugirem a formas tradicionais de produzir conhecimento. Em suma, ele esclarece e alerta que, em geral, no processo de investigação se necessita estabelecer um determinado método para a construção efetiva da premissa, para que não haja riscos quanto à produção do conhecimento. Através deste método, um conjunto de conceitos poderá inferir e garantir a objetividade do que se quiser produzir, validando-se como ciência e como conhecimento cientificamente legitimado.

Por outro lado, esta experiência vivida durante alguns meses entre idas e vindas de meu projeto de pesquisa para atender a ajustes e ponderações de pareceristas até sua aprovação final, como (des)encontros intermináveis, resultaram em dispositivos que pude identificar e trabalhar posteriormente a partir do momento em que me encontrei no campo da pesquisa, tratando com aquele grupo de trabalhadores em ato. Dispositivos que me permitiram reconhecer minha própria dificuldade em considerar que naquele local de trabalho, arquivo médico, há muito mais que “arquivo morto”, há sujeitos implicados que produzem trabalho vivo em ato.

Por outro lado, este penoso exercício me possibilitou perceber o quão potente é o encontro entre sujeitos implicados, mesmo que estes não sejam *a priori* sujeitos epistêmicos. Assim, será possível aos sujeitos implicados “agir sobre o mundo e determiná-lo, na direção de rumos nem sempre previstos, não necessariamente subsumidos às lógicas dos poderes, das ideologias e dos afetos instituídos” (idem, 2004: 06).

Entretanto, por onde avançar neste caminhar?

É, pensando bem, não há perguntas, há respostas! Porque delas considero ser mais apropriado partir para a construção de algum outro caminhar. Para tanto, creio que, de fato, seja preciso buscar outras entradas que, talvez, iluminem estes e outros trajetos a percorrer para permanecer experimentando em mim algumas outras possíveis implicações, “(des)cobertas”, vivências, devires...

Ademais, torna-se importante frisar que, para avançar na problemática acerca do cotidiano do processo de trabalho em saúde de grupos de trabalhadores do arquivo

médico, desenvolvo minha investigação tendo como base propostas em debate, formulações e produções que se fundamentam a partir da formação que se estabelece no campo da saúde coletiva. Portanto, dando prosseguimento a este estudo, percebi o quanto seria interessante caminhar na investigação (re)visitando algumas propostas de formação de atividades do mundo do trabalho que contribuíram na trajetória de construção do próprio campo da saúde, inclusive da própria saúde coletiva.

### 1.3 Contribuições para pensar o trabalho em saúde - algumas reflexões

A forma como a força de trabalho foi incorporada ao campo da saúde modificou-se ao longo do tempo. Algumas pistas desta modificação nos foram apresentadas pelos estudos de George Canguilhem (1904-1995)<sup>36</sup>. Este privilegiou feições de diferentes naturezas para abordar dilemas acerca das condições da existência humana, estabelecendo, entre outras coisas, a extensão do aspecto físico do corpo para além de sua configuração biológica. Ao observar tais aspectos, destacou a necessidade de se ampliar o espectro de abordagens ao desenvolver investigações sobre esta condição, principalmente a partir de sua própria vivência e experiência, pouca, mas intensa, na Resistência *maquis*<sup>37</sup>, em tempos de guerra (2ª Guerra mundial – 1939-1945). Seu olhar deveria focar para além do próprio corpo, ao julgar o que seria normal ou patológico em pesquisas a respeito das diferentes ações e reações deste corpo (2006).

Sua tese *O normal e o patológico*, datada de 1943, tornou-se uma importante “ferramenta” epistemológica, de certa forma, promotora da aproximação inicial entre o estudo da medicina e demais ciências na primeira metade do século XX. Sua obra representou um marco na produção do pensamento para além da biologia, indo muito mais ao encontro da própria filosofia em termos conceituais. O autor problematizou a versão de normalidade através da inversão da ideia de norma para se ‘libertar’ de toda versão psicológica que cercava análises contemporâneas acerca do sujeito, o que repercutiu intensamente sobre as produções de outros autores a partir de meados do século XX, inclusive em obras como *O nascimento da clínica*, de Michel Foucault (2006b).

Contudo, foi a partir da década de 1970 que a repercussão de seus estudos influenciou de forma decisiva debates e formulações no interior da chamada “ciência” médica. Particularmente no Brasil, trouxe contribuições epistemológicas à produção de alguns autores (AROUCA, 2003; DONNANGELO *et al*, 1976), essenciais na renovação de paradigmas que potencializaram intervenções desde a formação da prática médica até a formação em saúde – o ato do cuidado. Fundamentalmente, atrelaram-se a

---

<sup>36</sup> Filósofo-médico francês, com sua produção contribuiu na formação de correntes do pensamento contemporâneo no campo da medicina. Participou do Movimento *Libération* de resistência ao nazi fascismo na década de 1940.

<sup>37</sup> Foram grupos franceses de resistência ao período de intervenção nazi fascista que dominou a Europa durante a 2ª Guerra Mundial. Estes se refugiavam nas regiões montanhosas onde a vegetação de bosque ou ‘maquis’ era predominante, para proceder a ataques surpresa aos nazistas. Os resistentes eram conhecidos também como *maquisards*.

esta renovação categorias de matriz teórica marxista que ampliaram o escopo necessário a uma versão mais crítica acerca da forte influência de constituição ideológica do pensamento, inicialmente sobre a clínica – prática médica – e, posteriormente, seus arranjos institucionais, departamentais.

Além disso, a partir de elaborações disseminadas principalmente pelas produções de Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983)<sup>38</sup> (1975,1976), identifica-se a (re)inauguração da trajetória de estudos sobre a medicina como prática técnica e social, a profissão médica, o campo da saúde. Especialmente, onde o reconhecimento do trabalho e suas extensões no modo de produção capitalista possibilitaram a relação com a/e incorporação de conceitos marxistas como processo de trabalho ao corpo do discurso sobre as ações de saúde. Particularmente, Donnangelo propôs em seus estudos o ensino médico para além da centralidade biomédica, em que a vinculação entre aprendizado e questões sociais e sanitárias passaram a compor o escopo do padrão educacional vigente. Sua produção foi estruturada a partir da urgência em se delinear outros arranjos acerca das questões médico-sanitárias para atender à conjuntura produtiva da sociedade brasileira que se adaptava ao novo modelo nacional-desenvolvimentista que se consolidava. Esperava-se que a saúde da população avançasse numa expectativa de ampliação da produtividade, rompendo o ciclo de pobreza, moradia precária, desnutrição, enfermidade por meio de adoção de medidas preventivas, entre outras. Da mesma forma, através dessas e de outras ações, ponderava-se pela possível superação da dicotomia entre o litoral e o sertão, presente na trajetória de um país de dimensões continentais com seu passado histórico colonial.

Portanto, suas análises repercutiram diretamente na reestruturação do curso de formação médica, em que o debate acerca das ciências sociais passou a compor seu cenário acadêmico. Além disso, o próprio campo da saúde abriu-se ao debate de questões relativas aos movimentos sociais, ampliando o universo de investigação da prática médica. Dessa forma, passou-se a experimentar a consolidação de intensas mudanças através de movimentos deflagrados no interior do próprio setor.

---

<sup>38</sup> Pedagoga de formação, ingressou no curso de graduação em Medicina Experimental no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, em 1969. Implantou o programa de ciências sociais para o curso de graduação em Medicina, produzindo trabalhos que se tornaram clássicos das ciências sociais em saúde.

O objetivo desses movimentos que se iniciaram em 1978 em dois momentos<sup>39</sup> foi amadurecer o repensar da saúde com a concepção de uma área denominada Saúde Coletiva, orientada para a formação de pessoal para o campo da saúde. A criação da ABRASCO em 1979 assume os pressupostos que ordenaram esta área através de seus associados, induzindo aos interesses das instituições formadoras na medida em que se reconhecia o esgotamento da orientação de que se dispunha, fosse a saúde pública clássica, fosse a medicina social. Ressalta-se que no Brasil algumas investigações à época a respeito da organização social da prática médica contaram com significativo debate acerca da tematização de suas características “internas”, enquanto prática social. Tal exercício possibilitou apreendê-la enquanto articulada na estrutura da sociedade capitalista (GONÇALVES, 1992).

Por outro lado, as produções desses autores e tantos outros que influenciaram decisivamente o discurso acerca de pesquisas do campo da saúde, tanto em sociedades centrais como nas periféricas, ocorreram, também, devido às consequências do pós-segunda guerra; além dos (re)arranjos da “nova” velha ordem político-ideológica que se acentuaram a partir da segunda metade do século XX. A repercussão desses (re)arranjos se fez sentir na organização das sociedades, estabelecendo novos padrões na própria estrutura dos setores da economia, refletindo fortemente na estrutura sócio-política-econômica em países periféricos.

Na esteira da DIT, observa-se que no Brasil algumas mudanças de fato colaboraram para superação do modelo agroexportador. Estas possibilitaram a introdução e o estabelecimento do modelo urbano-industrial. Por outro lado, a implantação deste novo modelo revelou condições desfavoráveis ao conjunto da classe trabalhadora em substituição ao agroexportador, na medida em que o novo modelo exigiu investimentos de ordem econômica que não foram aplicados no âmbito social, contribuindo em revelar a fragilidade desta classe e de seus modos de reprodução enquanto força de trabalho.

O crescimento das áreas urbanas e a diversificação no padrão das atividades econômicas do mercado de trabalho evidenciaram a urgência em alocar nas cidades serviços que pudessem garantir o mínimo dessa reprodução, devido à pouca ou

---

<sup>39</sup> Dois encontros foram determinantes para deflagrar o processo de formação do campo da Saúde Coletiva: o I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador (BA); e a Reunião sub-regional de Saúde Pública da Organização Panamericana da Saúde/Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (OPAS/ALESP), realizada em Ribeirão Preto (SP) (cf. NUNES, 1994).

nenhuma infraestrutura (redes de tratamento de água e esgoto), a ausência de fornecimento desses e de outros serviços básicos que atendessem às demandas da população em geral. Dentre alguns efeitos desse “novo” momento por que passava o Estado e a sociedade brasileira, destacaram-se algumas mudanças na saúde, na medida em que as demandas ao atendimento das necessidades desta sociedade se ampliavam, especialmente com o crescimento do setor industrial e de serviços desde meados da década de 1940.

Ademais, importa sublinhar que parte considerável do conhecimento relativo à ocorrência das condições de saúde e doença das populações foi possível obter devido aos processos de investigação no campo da saúde, inicialmente, através da medicina. A ela convergiram estudos sobre a qualidade de vida e reprodução das classes sociais na perspectiva de garantir a manutenção das sociedades, e também com o intuito de desenvolver o ensino e a prática médica, concentrando-se a investigação na busca por estratégias de superação da defasagem entre as classes sociais e de seus determinantes.

Desde meados do século XIX, constatou-se que foi através do debate envolvendo certa racionalidade médica como prática social articulada a outras práticas, que questões relativas à saúde/doença alcançaram maior amplitude. Em certa medida, esta mesma constatação pode ser atribuída às ações desenvolvidas no processo de trabalho da prática médica que, no seu fazer, tradicionalmente envolve diretamente outras classes de profissionais.

Importa destacar que as análises dessas ações, em geral, partiram de elementos teóricos elaborados a partir das formulações que tomaram como referência o campo de prática da medicina, mesmo que o campo que se quisesse estudar compusesse outro grupo de profissões (enfermagem, nutrição, fisioterapia etc.). Neste caso, há que se considerar que ocorra certa ascendência relativa ao conhecimento que se tenha acumulado ao longo do tempo, pautado, digamos, por aquela visão de mundo, ou seja, por um agir médico hegemônico. Este, de certa maneira, “contaminou” as demais áreas profissionais envolvidas com a dinâmica de um fazer que é tão potente que sua matriz teórica capitaneou diferentes áreas do conhecimento.

Portanto, algumas ações foram implementadas para enfrentar e atender à demanda por outras formas de construção do cuidado no campo da saúde, principalmente aquelas dirigidas à formação de pessoal para o campo.

Historicamente, o conjunto de trabalhadores que exerciam as atividades de organização do ambiente de higiene dos pacientes e de apoio às ações médicas no

interior de locais destinados a este fim estiveram permanentemente envolvidos a projetos e ações investidas de interesse na medicina. De certa forma, estendendo-se àqueles que não tinham uma formação associada a níveis específicos de escolaridade. Mesmo que esta formação tenha sido socialmente desenvolvida no processo de trabalho, esta resultou de um saber construído na prática que, por algum tempo, possibilitou a esse contingente de trabalhadores legitimarem tal prática como sua “qualificação”.

Entretanto, ao término da primeira metade do século XX, o crescimento populacional, o controle de moléstias infecciosas e a erradicação de algumas doenças, inclusive a varíola, tornou necessária a adequação do sistema formador dos profissionais da saúde. Sendo assim, um número expressivo de trabalhadores com pouca escolaridade, que teria apenas as quatro primeiras séries do ensino fundamental, acrescido de pequeno contingente com nível médio, que representavam os “recursos humanos” do setor saúde, passaram a ser objeto de atenção do Estado brasileiro.

Contudo, a busca pela profissionalização desse trabalhador não ocorreu por diletantismo de dirigentes ou intelectuais. Delineou-se na esteira de processos geopolíticos, no macro e no micro, no global e no local, nos quais forças político-ideológicas antagônicas em um mundo bipolarizado<sup>40</sup>, representadas pela liderança de nações soviéticas de um lado e norte-americana, de outro, disputaram adesões, em sua maioria compulsórias, a paradigmas de diferentes naturezas: ideológicos, políticos, sociais, culturais, tecnológicos, étnicos, morais, religiosos etc.

Além disso, esses processos geopolíticos ampliaram-se enquanto sistemas e modelos capitalistas industriais na organização das estruturas sócio-político-econômicas de países em diferentes partes do globo, inclusive na AL. Tornaram-se hegemônicos, contudo,

em função das características dos países dessa região, os resultados do processo de difusão [*capitalistas*] foram distintos. De fato, os países latino-americanos – mal saídos do regime colonial, militar e politicamente frágeis, com economias de baixo nível técnico e fundadas na superexploração e controle dos trabalhadores – transformaram-se, no século XIX, em nações subdesenvolvidas, a periferia do capitalismo. (SALLUM JÚNIOR, 2000, p. 408).

Por outro lado, é fundamental destacar que

---

<sup>40</sup> Referimo-nos ao período nominado pela historiografia de Guerra Fria (1947-1989), baseada na dissuasão nuclear mútua como característica-chave da política mundial.

ser país periférico é uma característica marcante da situação do Brasil no contexto mundial. Mas ela não é uma originalidade produzida pela expansão do capitalismo industrial no século XIX. Sua situação periférica – assim como a dos demais países da AL – surgiu da integração da região na rede comercial e financeira “mundial” nascida da expansão europeia dos séculos XV e XVI. A *novidade* no século XIX foi que aí o país tornou-se parte da periferia *capitalista*. Ademais, mesmo na sua modalidade capitalista, há várias formas possíveis de ser periferia. (...). (Idem, p. 408) (grifo meu).

Entretanto, a “novidade” a qual Sallum Júnior se refere também reside na incorporação de alguns padrões significativos nos serviços de saúde, que não foram privilégio específico das sociedades periféricas, mas característicos da consolidação da estrutura de classes do próprio sistema capitalista. Como esta consolidação não ocorreu de forma compulsória e imediata, abrangendo todas as sociedades e sua estrutura social, o atendimento às necessidades de saúde e o enfrentamento das enfermidades sofreu de um ajustamento, digamos, lento e gradual. A dimensão deste processo é revelada por Donnangelo *et al* (1976), em que nos apresenta outra faceta da medicalização. Nela, a chamada Medicina Comunitária, entendida como “parte do processo de extensão da prática médica e os determinantes desta extensão na sociedade de classes” (p. 71), passou a ser acionada para suprir a ausência da prática médica estendida a todas as categorias sociais. Os autores, então, informam-nos que

(...) o fato de que a generalização do consumo médico não se tenha efetivado igualmente em todas as sociedades capitalistas constitui o ponto de referência inicial para a delimitação do campo da Medicina Comunitária, dado que ela deverá tomar como objeto, por excelência, categorias sociais até então excluídas do processo de medicalização. Extensão da medicina sob a forma de serviço individual constitui, portanto, o primeiro elemento a ser considerado na caracterização do campo. (...), essa extensão não se fará necessariamente através das modalidades predominantes de produção de serviços. Ela requer uma nova reestruturação dos elementos que compõem a prática médica, sobretudo uma nova forma e um novo uso do trabalho médico. (1976: 71).

Quando os autores introduziram esta questão – a Medicina Comunitária –, em certa medida eles nos aproximaram de parâmetros que estão circunscritos ao próprio modo de produção capitalista. Dessa maneira, recorreram às condições capitalistas de produção – supraestrutura e infraestrutura – para fazer a crítica, inicialmente, da forma como se ofertava o atendimento da necessidade dos indivíduos em sociedades de classe, destacando carências no plano econômico e estrutural. Em seguida, ou

concomitantemente, apontaram em que bases foi concebida e amparada à própria medicina, sob a égide de ideologias em detrimento de propostas de orientação política.

De fato, presente na citação anterior, aquela integração associada ao reflexo das disputas que demarcaram o mundo bipolarizado desde meados do século XX ganhou contornos mais definidos no pós-guerra<sup>41</sup>. Além disso, no caso brasileiro, alguns resquícios da era Vargas<sup>42</sup> compuseram a liga necessária para forjar a visão de mundo dominante desde então. Dentre tantos resquícios, políticas desenvolvimentistas<sup>43</sup> e teorias do desenvolvimento (da Recuperação e da Dependência<sup>44</sup>) penetraram no ideário das formulações políticas de governos brasileiros, precipitando e consolidando a estrutura de um Estado ditatorial que perdurou por vinte e cinco anos desde 1964<sup>45</sup>.

Por outro lado, além de atentarmos para aspectos políticos e/ou teorias implementadas por governos autoritários em sociedades periféricas, mas focarmos também em direção à conjuntura mundial responsável por sustentar ideologicamente estruturas sociais consolidando-as em modos de vida, talvez consigamos avançar no entendimento e na crítica a movimentos de caráter ideológico que influenciaram profundamente práticas de saúde. Uma mostra desta influência foi investigada por Sérgio Arouca em sua tese de doutoramento, *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva*, de 1976. Arouca, incorporando às ciências sociais a análise da saúde a partir de categorias marxistas e aproximações filosóficas<sup>46</sup>, questionou o quanto a Medicina Preventiva aplicada ao processo de formação da prática médica se estabeleceu muito mais como um movimento ideológico do que um projeto político, inviabilizando com isso processos de transformação no interior da prática.

---

<sup>41</sup> Referimo-nos à Segunda Guerra Mundial (1937-1945).

<sup>42</sup> Período de quinze anos ininterruptos de governo do presidente Getúlio Vargas (1930-1945).

<sup>43</sup> “Modalidade de intervencionismo estatal, orientado não para evitar as fases depressivas do ciclo econômico capitalista, mas para impulsionar a industrialização em países de desenvolvimento tardio, quer dizer, retardatários em relação aos centros originários do capitalismo mundial.” (SALLUM JÚNIOR, 2000: 411).

<sup>44</sup> Foram teorias difundidas sobre o grau de desenvolvimento ou subdesenvolvimento (ou domínio de conhecimento científico na produção de tecnologias e seus usos) de diferentes sociedades e sua capacidade em disputar uma colocação na divisão internacional do trabalho de acordo com o paradigma capitalista dominante a partir da década de 1930. Essas teorias intensificaram o desenvolvimento mundial do capitalismo, com suas contradições e desigualdades.

<sup>45</sup> Ano do Golpe Militar ocorrido em 31 de março, que culminou com um Golpe de Estado e interrompeu o governo democrático do presidente João Goulart, em 1º de abril daquele ano.

<sup>46</sup> Em boa parte de sua tese de doutorado, Arouca aciona frequentemente as questões estruturalistas abordando o filósofo francês Althusser (1918-1990); traz também para cena outro filósofo, Michel Foucault (1926-1984), porém, para tratar do universo do discurso sobre articulações epistemológicas, entre outras.

Em sua pesquisa, o médico sanitarista Sérgio Arouca (1941-2003) demonstrou que

a Medicina Preventiva caracteriza-se como um movimento ideológico que procurava transformar as representações sobre a prática médica, sem, contudo, procurar ser um movimento político que realmente transformasse essa prática. Dessa forma, o seu discurso mantinha uma relação de organicidade com o momento histórico vivido pela sociedade norte-americana, representando uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde. Fato fundamental dessa leitura é que, sendo basicamente um acontecimento supraestrutural, ela vem marcada pelas características mais gerais da instância ideológica. Assim, a Medicina Preventiva apresenta-se como sendo *natural*, na medida em que representa uma evolução intrínseca da própria medicina, regida por suas leis internas e *universal*, quando generaliza essa alternativa como solução para os problemas da medicina em qualquer formação social, transformando-se, portanto, em uma solução que ultrapassa os limites de sua origem para tornar-se internacional. (2003: 138).

Ademais,

Em nosso quadro teórico, estabelecemos as relações que o discurso mantém com uma dada formação social, através da noção de organicidade. Ao distribuir-se em um novo espaço social, qual seja, o da América Latina, a partir de um centro hegemônico, automaticamente o discurso preventivista situa-se em um novo campo de relações: o da [Teoria da] Dependência. (Idem, p. 139) (grifo meu).

Além disso, estudos feitos por Everardo Duarte Nunes (1994) contribuem para o esclarecimento de questões acerca do debate sobre o distanciamento entre a formação e a prática médica. Este confirma ter havido à época “a emergência de um projeto preventivista latino-americano, que tem [teve] suas origens na segunda metade dos anos 50” (p. 06), devido a um processo em curso afetando diversas sociedades com relação à crise na medicina, na teoria e na prática. De fato, o que passava a constar como uma possível perspectiva na formação médica era a tentativa de evidenciar a crítica a uma certa biologização do ensino. Por isso, uma intensa vinculação a projetos pedagógicos, naquele momento, distanciou cada vez mais a possibilidade da incorporação de propostas políticas às reformas. Para tanto, aos cursos de medicina incluíram-se disciplinas que fizessem alguma referência ao discurso de uma integração biopsicossocial, em que o que se percebeu de menos conservador representou a abertura de espaços a alguns conceitos das áreas da sociologia, antropologia, demografia, epidemiologia, ecologia etc.

Naquele momento, a América Latina como um todo presenciava a implementação de programas e projetos, de certa forma, voltados a minimizar os “danos” à saúde. Isto é, estavam em curso medidas econômicas para consolidar o

modelo de acumulação, baseado na substituição de importações, com o aumento da participação do Estado neste processo de acumulação, na medida em que se considerava o aumento da produtividade da força de trabalho. A seguridade social e os programas de saneamento ambiental nas zonas agroexportadoras foram algumas medidas adotadas. Outros tipos de intervenção também foram executados como forma de controle: utilização dos antibióticos e técnicas cirúrgicas e a consolidação da confiança na atenção médica individualizada.

Nesse período, as teorias desenvolvimentistas e da ideia do círculo vicioso pobreza-doença, identificada por "causação circular", por Gunnar Myrdal, dominam a cena do debate teórico-conceitual. É meados da década de 1950 e na política assiste-se à queda de diversos governos populistas, dentre estes: Vargas<sup>47</sup>, Peron<sup>48</sup>, Arbenz<sup>49</sup>. (NUNES, 1994)

Dentre as várias tentativas de equacionar de forma pragmática e mecanicista questões sociopolíticas nessas sociedades, uma estratégia pensada foi a criação do chamado método CENDES-OPAS<sup>50</sup>, em 1965. Este método foi pautado pela eficiência e trazia com ele uma série de normas econômicas que visavam aumentar as atividades, reduzindo os custos por meio da aplicação de diferentes recursos. Contudo, ao se proceder à avaliação do mesmo, um dos fatores que revelou sua precariedade em viabilizar sua efetiva implantação foi a considerável disparidade na relação entre o poder público e o privado, em que o domínio das ações em boa parte esteve submetido aos interesses privados.

Ademais, o Brasil, ao se submeter às chamadas teorias desenvolvimentistas, incorporou paradigmas e metodologias. Estas, muito mais do que possibilitar, deveriam garantir o acesso à modernização e ao mundo dos países “desenvolvidos” (ao chamado “Primeiro Mundo”). Tais teorias contaram com medidas estruturantes nos governos militares que se sucederam, experimentando diversos desafios que passaram a constar em Planejamentos, Planos de Metas ou Planos Estratégicos. Dentre eles, grandes

---

<sup>47</sup> Getúlio Dornelles Vargas (1882-1954) presidiu o Brasil em dois momentos distintos. O primeiro, de 15 anos ininterruptos, de 1930 até 1945, dividiu-se em três fases: o período do "Governo Provisório", de 1930 a 1934; o Governo Constitucional, de 1934 a 1937; e o período do chamado Estado Novo, de 1937 a 1945. O segundo momento, de três anos e meio, estendeu-se de 1951 até 1954.

<sup>48</sup> Juan Domingo Perón (1895-1974) presidiu a Argentina em dois períodos distintos: de 1946 a 1955; e de 1973 a 1974.

<sup>49</sup> Jacobo Arbenz Guzmán (1913-1971) presidiu a Guatemala de 1951 a 1954.

<sup>50</sup> O CENDES foi criado na Venezuela em 1965, junto à Universidade Central, e apoiado pela OPAS. O método CENDES-OPAS é um enfoque sistêmico de Programação de Recursos de Saúde, atrelado a uma sorte de análises de custo-benefício.

reformas educacionais<sup>51</sup> ganharam repercussão e, em certa medida, inauguraram a ampliação das redes públicas de ensino para um contingente considerável da população brasileira.

Além de reformas referentes à Educação Básica<sup>52</sup>, para que se ultrapassasse o discurso modernizante, concretizando-o em dados percentuais que satisfizessem cúpulas militares e políticas, segmentos do empresariado nacional e representantes do capital internacional, algumas medidas sistemáticas foram levadas a cabo. Entretanto, quaisquer iniciativas no sentido de viabilizar a aposta em medidas dessa natureza estiveram diretamente associadas a processos gestados para além do próprio território nacional, com a anuência de governantes brasileiros. Afinal, o modelo que sustentava o sistema, nesse caso o capitalista, fortalecia cada vez mais um dos lados na disputa bipolar. Earp e Prado (2003) demonstram muito bem isso, quando afirmam que “a economia mundial cresceu aceleradamente durante a década de 1960. Entre 1961 e 1973 a economia norte-americana crescia a uma taxa média de 4,5% ao ano; o Japão a uma taxa de 9,4%; a Alemanha, 4,3; e a Itália a 4,9% (...)” (p. 217).

Por outro lado,

(...) desde o início da década [1960] o déficit no balanço de pagamentos dos EUA vinha se tornando um sério problema. A principal causa deste déficit era o financiamento da política externa, com a guerra do Vietnã e a manutenção de um elevado número de forças militares na Europa e em outras partes do mundo. Mas também contribuía para esse déficit os investimentos externos das empresas transnacionais e os empréstimos internacionais norte-americanos. A década de 1960 foi também um período em que o mercado de operações cambiais deixou de ser uma atividade financeira de pequeno porte para transformar-se em um imenso negócio de empréstimos bancários internacionais em dólar para empresas transnacionais, governos e empresas públicas. (...) (EARP, 2003, p. 217).

E, ainda,

(...) Entre 1964 e 1973, o mercado de euromonedas<sup>53</sup> cresceu a uma taxa média anual de 36%, saltando de 12 bilhões de dólares, em 1964,

---

<sup>51</sup> Mudanças e adaptações legislativas que conduziram o país à ampliação e ao acesso à escolaridade de considerável contingente da população brasileira. Redemocratização do Ensino é a denominação usada para estas mudanças, tendo como marco as Leis de Diretrizes e Bases 4.024/61 e 5.692/71.

<sup>52</sup> Mudanças na estrutura organizacional dos níveis de Ensino do antigo Primário, Ginásio, Científico, Clássico e curso Normal.

<sup>53</sup> “(...) depósitos em moedas estrangeiras, realizados nos grandes centros financeiros europeus. (...) a grande vantagem desses mercados europeus é que não eram controlados por autoridade alguma, nem as

para 191 bilhões de dólares, em 1973. (...) A expansão dos negócios com divisas causou grande aumento dos fluxos internacionais de capital, permitindo uma elevação dos investimentos diretos de empresas transnacionais e facilitando a captação de empréstimos em dólar por *países em desenvolvimento*<sup>54</sup>, para financiar crescimento econômico ou déficit na balança comercial. (Idem, 2003: 218) (grifo meu).

Com o cenário internacional que se descortinara favorável a investimentos de toda ordem, no plano doméstico, medidas foram criadas para viabilizar e facilitar cada vez mais a entrada de capitais financeiros. O país se encontrava “ao ponto”, isto é, bastava que o Estado ditatorial criasse as condições adequadas para concorrer aos investimentos do capital internacional. Para tanto, algumas ações foram vitais: a) a reformulação da Lei de Remessas de Lucros representou passo fundamental no momento, pois o novo sistema legal (Lei nº 4.390/64) reconhecia como investimento tanto o capital aplicado originariamente como os reinvestimentos dos lucros obtidos; b) a liberação dos fluxos de capitais possibilitou aos empresários brasileiros que se integrassem ao rápido crescimento da oferta de crédito internacional (idem, 2003).

Assim, iniciara-se a era de um período de “milagres econômicos”. Qualquer semelhança não foi mera coincidência, pois o Brasil também experimentaria o mesmo “elixir” de rápida recuperação pelo qual passou a Alemanha Ocidental na década de 1950, o “milagre alemão”, e o Japão na década de 1960, o “milagre japonês”. No caso brasileiro, consolidou-se na versão tupiniquim em “milagre brasileiro”<sup>55</sup> na década de 1970. Entretanto, o celebrado milagre promoveu crescimento econômico sem equidade, resultando em pura aritmética: rápido crescimento da economia brasileira mais concentração de renda sem reformas estruturais, igual à má distribuição de renda, exclusão social, concentração espacial e baixa produtividade de alguns setores no país na década de 1960, segundo dados do censo de 1970.

Por um lado, se discursos “confiantes” de instituições governamentais em planos de metas e modelos econômicos camuflaram a qualidade das condições de vida de considerável parcela da população, por outro, estes mesmos discursos também foram insuficientes para garantir as condições reais de atendimento das necessidades de saúde

---

dos países em que estava localizado (já que os depósitos eram em moeda estrangeira), nem sequer pelo EUA, o país que emitia a moeda mais negociada nesse mercado”. (EARP, 2003: 217-218).

<sup>54</sup> Expressão que designa países periféricos capitalistas industrializados que foi amplamente empregada, principalmente, durante o período em que predominaram discursos defensores das teorias desenvolvimentistas.

<sup>55</sup> Fenômeno que representou o *boom* econômico identificado pelos economistas desde o último quartel da década de 1960.

tanto da sociedade brasileira como dos demais países periféricos. De certa forma, parece-nos que dentre todos os “problemas” que esta situação produziu, um dos mais críticos esteve centrado na intensidade com que os vários discursos foram sendo assumidos, ou incorporados ao longo do tempo, como oficiais. Por isso mesmo, Arouca chamou a atenção sobre como

o discurso preventivista, gerado em um país central do modo de produção capitalista, cria um espaço a ser preenchido por intelectuais orgânicos que passarão a ser os seus sujeitos nos países periféricos. Portanto, o discurso abre o espaço para os sujeitos, para a institucionalização dos lugares que ocuparão e de sua legitimação. [...], o discurso propicia os objetos, as estratégias e todo um instrumental conceitual, que será utilizado na construção teórica do real no país dependente. A construção teórico-ideológica do real, nos países dependentes, coloca o profissional médico como agente de mudança, esquecendo-se, em primeiro lugar, de relacionar essas condições de saúde ao desenvolvimento das forças produtivas nos países periféricos e, em seguida, de analisar as relações sociais que envolvem e determinam o trabalho médico, bem como a organização social da medicina. (2003: 140).

Em sua abordagem, Arouca relaciona suas ponderações a partir da maneira como o discurso era elaborado, construindo sua filiação na forma como a Medicina Preventiva foi formulando o próprio conceito de saúde/doença. Para isso, o autor recorreu a estudiosos que desenvolveram diferentes modelos e teorias sobre a natureza e origem do conceito (saúde/doença), aprofundando suas investigações sobre os referenciais acerca da evolução histórica da doença, possíveis interpretações científicas, filosóficas, relacionando à ciência médica a epistemologia da Medicina, às orientações da OMS, ao conceito ecológico de saúde e doença, dentre outras possibilidades de arranjos.

Entretanto, segundo ele, a Medicina Preventiva travou uma íntima aproximação com a História Natural “em toda a sua dimensão e faz com que ela opere a reorganização do conhecimento médico” (idem, p. 166). De certa forma, esta aproximação evidenciou uma das questões mais caras a qualquer projeto que envolvesse indivíduos, sociedades, classes sociais de trabalhadores e ao atendimento de suas necessidades de saúde – a questão do social. Esta foi, em certa medida, reduzida a uma “mitificação do social, ou seja, o mecanismo pelo qual, no nível do discurso, transforma-se o social em mito, entendendo-se como mito um sistema de comunicação que produz uma deformação no sentido dos conceitos, alienando-os e despolitizando-os” (idem, p. 172). Dessa forma, o próprio conceito de classe se colocaria sob ameaça,

descontextualizado de qualquer ação ou projeto que aproximasse a prática médica de seu fazer transformador enquanto classe de trabalhadores.

Por outro lado, o cenário nada auspicioso por que passava a formação médica nesse período apenas reforçou medidas que já se encontravam em curso, abrangendo distintos setores, inclusive o da saúde. Diversas tentativas de consolidar reformas e reestruturações no âmbito do ensino foram implementadas durante as décadas de 1960-70. Centros especializados voltados tanto para a formação de quadros da administração escolar como para didática do ensino industrial foram ampliados, alguns outros cursos foram criados e se distribuíram em diferentes pontos do país. Neste caso, seu objetivo era dar cobertura a todo o ensino industrial. Alguns programas tiveram origem ainda no início da década de 1960, e se consolidaram com a perspectiva de viabilizar essa formação no território nacional, mesmo que não se integrassem ao sistema de educação, pois não incluíam outras modalidades de ensino, atendendo apenas os estabelecimentos que “produzissem” técnicos industriais. O PIPMO, concebido no governo de João Goulart e executado durante a ditadura militar até 1982, inicialmente ancorado no Ministério da Educação e, a partir de 1975, transferido para o Ministério do Trabalho<sup>56</sup>,

destinava-se a ser uma agência que estimulasse as escolas industriais, as empresas, e outras entidades (prefeituras, hospitais, associações beneficentes, universidades etc.) que contassem com capacidade instalada, não aproveitada, no sentido da formação acelerada e aperfeiçoamento de trabalhadores especializados. (CUNHA, 1973: 67).

Inspirado no paradigma fordista-taylorista, o PIPMO não instalava escolas, mas financiava

cursos ministrados em escolas e empresas. Sua atuação está prevista para quase todos os níveis, inclusive no de técnicos industriais. A partir deste ano (1972) o PIPMO lançou um projeto de fornecer habilitações profissionais de 2º grau, por processos pelos quais concluintes de cursos de educação geral (nível colegial) pudessem obter formação técnica sob regime de créditos e conseguir, assim, a diplomação como técnicos industriais. A sua forma de atuação continuará sendo a de agência de estímulo (financeira e organizacional) às instituições que tenham capacidade instalada não aproveitada. (Idem, p. 68).

De fato, esse Programa foi um dos recursos de que os governos militares lançaram mão. As instituições existentes à época, de formação profissional, SENAI e

---

<sup>56</sup> Santos, s/d, UFRGS.

escolas técnicas da rede federal, foram incumbidas de fornecer o treinamento necessário para atender ao PIPMO, habilitando de forma rápida e imediata os trabalhadores. A perspectiva tecnicista de projetos de desenvolvimento desse período fortaleceu o Sistema S<sup>57</sup> e as iniciativas das empresas privadas e estatais, legitimadas através do PIPMO e da Lei 6.297/57, que concedia incentivos fiscais para que as próprias empresas desenvolvessem seus projetos. Essa lei e sua regulamentação concederam às pessoas jurídicas a possibilidade de deduzir do lucro tributável, para fins de imposto de renda, o dobro das despesas realizadas, no país, com projetos de formação profissional, previamente aprovados pelo Ministério do Trabalho. A propósito das iniciativas governamentais que tentavam suplantar a crise econômica que já ultrapassara a soleira da porta de entrada no país, refletindo-se nos demais setores, sociais e políticos, de certa forma, no da saúde, “o tiro saiu pela culatra”.

---

<sup>57</sup> O chamado Sistema "S" é formado por organizações criadas pelos setores produtivos (indústria, comércio, agricultura, transportes e cooperativas) com a finalidade de qualificar e promover o bem-estar social de seus trabalhadores. As organizações do Sistema "S" subordinadas à Confederação Nacional da Indústria são o SENAI – a quem cabe a educação profissional e a prestação de serviços de assistência técnica e tecnológica às empresas do setor – o SESI – que promove a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e de seus dependentes por meio de ações em educação, saúde e lazer – e o IEL, que promove o desenvolvimento da indústria através da capacitação empresarial e do apoio à pesquisa e à inovação tecnológica (<http://www.senai.br/br/ParaVoce/faq.aspx>).

## **1.4 Mais que uma brisa – campo da saúde se (re)inventa na Saúde Coletiva**

Naquele momento, final da década de 1970, o país passava por intensa ebulição política, quando os movimentos sociais ganhavam as ruas em busca de uma efetiva redemocratização do país. No plano político, conclamava-se a anistia geral e irrestrita aos exilados e grupos políticos clandestinos. No setor saúde, iniciavam-se processos efervescentes que refletiam as transformações por que passava o país, com mudanças drásticas que, em parte, concretizaram-se ao longo da década de 1980.

Pode-se considerar que o discurso da Atenção Primária, que se instalou em nível internacional, constituiu um desses processos, principalmente, a partir da Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (ou Atenção Primária à Saúde), na localidade de Alma-Ata no Cazaquistão, em 1978.

Ao nível nacional, algumas posições de enfrentamento referidas ao problema sanitário, à medicina preventiva, à medicina social e à saúde pública consolidaram-se em ações efetivas. A partir de 1976, novos cursos de pós-graduação e duas recém-formadas organizações, o CEBES e a ABRASCO, tornaram-se espaços de resistência e análise crítica da situação de saúde e das políticas sanitárias (NUNES, 1994).

Dessa forma, Everardo Duarte Nunes (1994) sintetiza como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica o campo da saúde coletiva, devido à superação do somatório de diversos programas que mantinham seus referenciais sustentados pelas construções preventivistas, pela medicina social e pela saúde pública. Portanto, a saúde coletiva se estrutura a partir de um campo de saber e prática, na medida em que fundamenta suas bases através do acúmulo de experiências e de exercício crítico e político.

Portanto, esta nova configuração no campo da saúde representou o início do processo de incorporação da sociedade na divisão social do trabalho nos moldes da tecnologia que um país periférico capitalista dispunha para se integrar à DIT; além daqueles programas de governo já existentes na perspectiva de formação de profissionais, subsidiados pelo Sistema S, escolas técnicas, entre outros. Contudo, era necessário que contingente significativo da população se engajasse nesse “novo” desenho da divisão social do trabalho, independente da categoria que a compusesse, bastando que esta, ao ser reconhecida, se reconhecesse enquanto força de trabalho, inclusive, o seu processo de trabalho.

A partir de um conjunto de ideias sobre a visão hegemônica quanto ao discurso dominante, presente no pensamento de Sérgio Arouca (2003), compartilhado por Donnangelo (1975, 1976), as reflexões de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1992, 1994), inicialmente a partir da categoria “necessidade” e da categoria “saber” como elementos do processo de trabalho, ganharam densidade e outros contornos por meio de suas formulações.

Com o desdobramento de suas formulações, Ricardo Bruno, a exemplo de Arouca e Donnangelo, também se apoiou em categorias do materialismo histórico para dar continuidade a seu estudo. Assim, desenvolveu suas ponderações de forma gradativa ao introduzir no debate da prática de saúde a categoria de análise trabalho. Esta precaução ocorreu na medida em que qualquer apreciação desta natureza exige que se atente para o fato de que categorias de análise são abstrações teóricas para a compreensão de aspectos do real, neste caso, como o fez o autor, relacionando análise do trabalho à prática de saúde.

Para tanto, intensificou a análise de conceitos como o trabalho, o objeto do trabalho e os instrumentos ou meios de trabalho, elementos componentes do processo de trabalho na concepção marxista, para formular um conceito aplicado à própria saúde – o processo de trabalho em saúde. Ainda, no aprofundamento de sua investigação, destacou que alguns elementos – objeto de trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes – necessitavam ser analisados com profundidade e de forma articulada, porque somente em sua relação recíproca poderiam constituir um dado processo de trabalho específico.

Segundo Marx (2008),

se o objeto do trabalho é, por assim dizer, filtrado através de trabalho anterior, chamamo-lo de matéria prima. Por exemplo, o minério extraído depois de ser lavado. Toda matéria prima é objeto de trabalho, mas nem todo objeto de trabalho é matéria prima. O objeto de trabalho só é matéria prima depois de ter experimentado modificações efetuadas pelo trabalho. (p. 212).

Neste caso, de acordo com a análise de Gonçalves, a matéria prima seria o objeto de trabalho que, referido ao setor saúde, representaria as necessidades humanas de saúde. Este objeto de trabalho ainda

contém, potencialmente, o produto resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho, no entanto, não deixa essa qualidade potencial transparecer por si mesma, imediatamente, de modo que essa qualidade de produto precisa ser evidenciada ativamente no objeto. Portanto, um certo aspecto da realidade destaca-

se como objeto de trabalho somente quando o sujeito assim o delimita, o objeto de trabalho não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só, mas é recortado por um “olhar” que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. Esta representa a intencionalidade do processo de trabalho, o projeto prévio de alcançar o produto desejado que está na mente do trabalhador, ou seja, em que direção e perspectiva será realizada a transformação do objeto em produto. (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2009).

Portanto, se ao transformar os elementos da natureza este homem também se transforma, na medida em que impulsiona, regula e controla sua ação neste fazer, é na intencionalidade e finalidade em satisfazer as necessidades humanas que se estabelece o processo de trabalho em saúde. Esta intencionalidade se encontra na dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, e nela está reproduzida, também, a dinâmica do trabalho humano.

Sendo assim, as ideias defendidas por Gonçalves ainda na década de 1970, sobre o processo de trabalho em saúde, promoveram avanços consideráveis no setor saúde. Devido ao pioneirismo de sua formulação, garantiu uma efetiva mudança de paradigma com relação à concepção de saúde. Esta mudança foi fundamental para fortalecer os pressupostos necessários para a superação da Medicina Preventiva, inaugurando um novo processo de debates e proposições na primeira metade da década de 1980, que deu início ao processo de reformas na saúde com o movimento denominado de Reforma Sanitária.

## **Parte II – O Trabalho**

### **2.1 A formalização do trabalho em saúde**

No ensino, a década de 1970 foi marcada de forma pragmática por algumas reformas educacionais de cunho modernizante. Estas objetivaram alargar o patamar mínimo de escolaridade de contingentes de trabalhadores, ampliar horizontal e verticalmente a formação técnica de intelectuais, estreitando assim a relação entre modernização e produção e disseminação do conhecimento de natureza científica e tecnológica. Contraditoriamente, essas reformas serviram ao mesmo tempo como difusoras do aparato governamental e cerceadoras da sociedade civil, através do discurso do Brasil potência e das doutrinas da segurança nacional, respectivamente. A reforma universitária de 1968 e a LDB nº 5.692, de agosto de 1971, responsável pela reestruturação da educação escolar fundamental e média, são dois eventos significativos desse momento.

Entretanto, no campo da saúde, a preocupação em estabelecer estratégias sistemáticas no intuito de estruturar o mercado de trabalho com vista à incorporação na DIT já fora pautada de forma objetiva desde a IV CNS, de 30 de agosto a 04 de setembro de 1967, naquele momento, ainda nos moldes da Medicina Preventiva. Sua temática teve como finalidade “formular sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento de suas atividades de saúde” (IV CNS, 1967, p. 11). E, nas palavras de um dos representantes da OMS durante os trabalhos da Conferência, a visão dominante na busca pelo desenvolvimento modernizante como meta prioritária reproduz bem este espírito:

Pode-se dizer, num amplo sentido, que todas as atividades da Organização Mundial da Saúde estão voltadas para um objetivo único e central: o desenvolvimento dos recursos humanos. Ao adotar a tese de que o homem é ao mesmo tempo recurso, instrumento e objeto do desenvolvimento social e humano, a OMS reconhece que ele só pode funcionar adequadamente se desfrutar de boa saúde. Entretanto, o grau de desenvolvimento sócio-econômico de um país está estreitamente relacionado ao seu contingente pessoal para as atividades de saúde, à maneira com que esse pessoal é utilizado em benefício da população e, especialmente, ao nível e à qualidade de sua preparação e treinamento. Na verdade, sua má ou precária utilização certamente há de influir negativamente no estabelecimento e expansão de serviços adequados, daí devendo resultar um agravamento dos problemas de

saúde, com sérias repercussões no desenvolvimento da nação. (Idem, p. 47).

Em certa medida, a sutileza demonstrada pela apreensão ou algum tipo de investimento na formação desse trabalhador surgiu muito antes de se pensar nele para além de um “recurso humano” em saúde. Inicialmente, o trabalhador em saúde deixou o lugar de preocupação para se tornar tema da agenda oficial tanto da OMS quanto da OPAS, reproduzido nesse discurso proferido pelo seu representante, além de falas que se observam na abertura e continuidade dos trabalhos da IV Conferência. Os conferencistas não pouparam esforços em citações acerca das práticas bem sucedidas em relacionar e aproximar a atividade médica de tarefas a serem desempenhadas por seus “auxiliares” muito bem treinados, a exemplo do que poderia acontecer em países centrais.

Contudo, torna-se valioso recuperar algumas das proposições presentes no documento oficial que convocava autoridades públicas, intelectualidade e cientistas para a III CNS, ocorrida no período de 9 a 15 de dezembro de 1963, cujo tema central foi “Descentralização na área da saúde”. Este material traz algumas informações importantes porque, de certa forma, dialogam com ações e condutas expressas nas proposições dos Anais da IV CNS (1967).

Dentre pontos significativos percebidos nessa Convocatória, um deles se encontra presente nas Disposições Gerais do Regulamento da III CNS, no item “Do Temário”. Entre os quatro temas a serem abordados no evento, chamou-nos a atenção o penúltimo: c) Municipalização dos serviços de saúde. O destaque em torno deste ponto se verifica porque na parte referente ao subcapítulo “Como organizar os serviços médico-sanitários dos municípios”, no item “O problema de pessoal”, há toda uma estratificação, especialização, hierarquização muito bem descrita, nos moldes da estrutura fordista-taylorista sobre quais seriam as estratégias necessárias para se obter o pessoal, isto é, os recursos humanos, nos dizeres da IV CNS. O texto se inicia com a afirmação de que “é indiscutível que na realização deste plano<sup>58</sup>, o problema mais difícil de resolver será o de pessoal” (p. 204).

Nesse ponto, o texto discorre sobre a implantação da descentralização dos serviços de saúde a partir de sua municipalização; uma questão se coloca: “Tratando-se de atividades médico-sanitárias surge logo a pergunta: Como vai ser resolvida a

---

<sup>58</sup> Refere-se ao processo de fixação de um Plano Nacional de Saúde (quarto tema do III CNS), que compõe um dos debates em pauta.

presença de médicos nos municípios?” (Idem, 204). A partir daí algumas observações ganham corpo, abordando tanto o quantitativo insuficiente para realizar a municipalização, quanto as condições materiais reais de que dispõem as áreas periféricas dos grandes centros. Da mesma forma, reconhece-se que “com o enriquecimento dos habitantes das metrópoles, amplia-se cada dia o mercado de trabalho dos médicos nas grandes concentrações demográficas, de forma que não há como, nas condições atuais, levar médicos para atender às populações do interior” (p. 204).

Portanto, a estratégia sugerida para solucionar de forma satisfatória o problema foi identificada a partir do “pessoal de menor qualificação”, sob supervisão médica.

A experiência do SAMFAM<sup>59</sup> demonstrou de forma indiscutível que não é possível manter médicos em municípios que não têm condições econômicas satisfatórias. Partindo desse fato, é evidente que as organizações médico-sanitárias municipais não serão obrigatoriamente dirigidas por médicos. (...) Toma assim particular importância o pessoal a ser admitido e o seu treinamento. É neste trabalho que a colaboração do Ministério da Saúde, das Administrações Sanitárias dos Estados e, se possível, das Universidades e das Escolas Isoladas de Medicina, terão de ser da maior importância. Orientação básica: 1. em qualquer hipótese, os futuros servidores sanitários municipais devem ser recrutados localmente; 2. o nível educacional dos candidatos não necessita ser elevado; 3. o período de treinamento não deve ser longo, e deve ser realizado em cidades do interior; 4. o ensino deve ser essencialmente prático. (III CNS, 1963, p. 205).

Outro tema de relevância que constou na pauta dessa Conferência foi a intenção de se fixar um PNS. Dentre os vários argumentos evidenciados no texto, destacamos aquele que, em certa medida, expressa as condições em que se encontrava o Estado brasileiro naquele momento:

(...) O reconhecimento da predominância do fator econômico na conquista de uma boa saúde se tornou premissa pacífica, na moderna conceituação do problema. Esta formulação não prescreve o reconhecimento da importância de vínculos de inter-relação dos fatores econômicos com o superposto arcabouço médico-sanitário, na base dos quais se preconiza, modernamente, a consideração do setor saúde nos programas globais de desenvolvimento econômico social. Essa preocupação de ajustar o aparelho assistencial às peculiaridades

---

<sup>59</sup> Foi uma Portaria Ministerial de número 175, de agosto de 1956 (alterada pela Portaria nº 21, de 26/02/1959), criada para remunerar médicos que se dispusessem a assistir às populações indígenas. A remuneração era concedida aos médicos como “auxílio-manutenção”, desde que atendessem aos indígenas locais, reservando, para isso, um mínimo de três horas diárias de trabalho, podendo também manter clínica particular remunerada fora desse horário estabelecido (*Diário Oficial*, Ministério da Saúde, Seção I - Parte I, de 23/08/1961, p.7722).

econômicas e de tornar a política de saúde um instrumento dinâmico para ativar o processo de desenvolvimento, deve hoje ser traduzida em um plano, ou seja, um agregado de princípios e normas que condense no tempo e no espaço, decisões racionais (...). (Idem, p. 207).

Decerto que as duas passagens anteriores retiradas do texto oficial de convocatória da III CNS refletem de forma contundente alguns aspectos que iriam assumir contornos mais definidos cinco anos depois, expressos nos Anais da IV CNS de 1967.

Tendo como tema central “Recursos Humanos para as atividades de Saúde”, a IV Conferência desenvolveu os pontos de aprofundamento subdividido em quatro tópicos:

1. O profissional de saúde de que o Brasil necessita.
2. Pessoal de nível médio e auxiliar.
3. Responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais da Saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar.
4. Responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde.

Ao longo do documento, podem-se identificar referências decisivas a experiências outras que são traduzidas como conhecimento acumulado ou até mesmo regimes de verdade a serem apreendidos. Dentre tantas, destacamos a menção feita pelo Ministro da Saúde à época a um discurso proferido pelo senador Edward M. Kennedy, membro da delegação norte-americana da 20ª Assembleia Mundial de Saúde, em maio do mesmo ano, em Genebra, na Suíça, segundo o qual “(...) se é certo que conquistaremos a face escura da Lua, é de se crer na conquista da face escura da pobreza, da ignorância e das doenças (...)”. E ainda se recomendava, dentre os pontos fundamentais a serem aprofundados para que se superassem as faces: “(...) a criação de corpos de auxiliares, que chamou de ‘semi-médicos’, dedicados a programas prioritários de saúde (...)” (p. 25).

De certa forma, o documento traz em si algumas revelações sobre onde se ancorou o ideário que progressivamente foi posto em prática pelos governos militares. Alguns extratos de falas de representantes de organismos como a OMS e a OPAS ali presentes apontaram a direção a se perseguir para que se conseguisse dar o salto necessário ao desenvolvimento, sempre, é claro, sustentado por demonstrativos estatísticos. De posse desses dados, justificavam a ampliação do quadro de pessoal. Geralmente, partiam do quantitativo de médicos disponíveis nos países das Américas

(Central e Sul), alegando ser insuficiente para aplacar a demanda por assistência dessas regiões. Dessa forma, sugeriam a incorporação de “pessoal auxiliar” para fortalecer o trabalho de um profissional específico – o médico.

Em geral, nos países da América Central e da América do Sul, a taxa de aumento anual da classe médica tem sido quase o dobro da que corresponde à população, mas ainda assim insuficiente para atender às necessidades de qualquer programa de saúde. Nos últimos vinte anos, o número de escolas de medicina mais que duplicou, atingindo o total de 122, com variações próprias dos incrementos dessa natureza. Em termos de população total, há uma escola para cada dois milhões de habitantes, proporção que, aliás, sem muito fundamento, se considera aceitável. Esse conjunto de educandários diploma cerca de 7.000 médicos por ano, a maioria dos quais se concentra nas capitais e nas grandes cidades (...). (Idem, p. 36).

A partir daí há diferentes argumentações, contudo, principia afirmando

(...) É na falta de enfermeiras que a escassez de recursos humanos na América Latina assume aspecto mais grave. Na América Central há 3 enfermeiras por 10.000 habitantes e na América do Sul 2,5 por 10.000. Em outras palavras, há 2 médicos por enfermeira, donde essa afirmativa de que estão muito mal aproveitados os conhecimentos científicos e a experiência de pessoal universitário de dispendiosa formação<sup>60</sup>. Estima-se que apenas 26% das 170.000 enfermeiras auxiliares existentes nas duas regiões receberam educação formal. Somando-se ainda assim esse total ao das enfermeiras diplomadas, teremos proporções apenas ligeiramente superiores a 2 enfermeiras por médico na América Central e 1,5 na América do Sul. Em síntese, a falta é enorme e a qualidade das auxiliares deixa muito a desejar. (Idem, p. 37).

Ao longo do documento, podem-se capturar várias reflexões que fornecem fortes indícios de como os “elementos auxiliares” passaram a ter significativa importância na composição das equipes de saúde, claro, guardadas as devidas proporções. A conferência deveria propor bases e diretrizes para avaliação de recursos humanos que viabilizassem o incremento das ações do Plano Nacional de Saúde. A partir daquele

---

<sup>60</sup> A argumentação das autoridades dos organismos internacionais desde seu início advoga a incompatibilidade entre se estimular o investimento na pesquisa e a difusão do conhecimento científico para a formação de profissionais de nível superior – médicos – e não haver o devido aproveitamento desse investimento. Estes profissionais estariam sendo subutilizados na medida em que eles estariam se desdobrando em assumir atividades que poderiam delegar a pessoal auxiliar. Em suma, a temática não se encerrava na questão “custo-benefício”, contudo, nas palavras do Chefe da Divisão de Educação e Treinamento da OMS, Dr. Ernâni Braga, “(...) a meta saúde é de tal forma fundamental para a sociedade humana, que simplesmente não poderá estar ausente de qualquer programa nacional de desenvolvimento” (idem, p. 46), mas subjaz o tom de boa parte da linha argumentativa deste para se alcançar patamares de desenvolvimento.

momento, com vistas a projeções futuras, possibilitaria aos órgãos competentes “formar” contingentes necessários de pessoal das diversas categorias. Para tanto, o documento salientava o quanto seria importante o levantamento das condições reais de vida da população por meio de diversos indicadores capazes de fornecer uma espécie de panorama geral dessas condições. Apontava como essencial o levantamento de dados ou estimativas da população total, sua composição a partir de diversos critérios, tais como: sexo e idade, grau de alfabetização e nível educacional, distribuição rural e urbana, inclusive índices demográficos. De posse dessas informações, partir-se-ia para a etapa complementar: organizar o contingente necessário de força de trabalho para atender a demanda fornecida, os tipos e a natureza de programas de aprimoramento de pessoal especializado, dentre outras ações.

Todo esse aparato, decerto, era fundamental para que estabelecesse a metodologia mais adequada a ser aplicada. O emprego de métodos padronizados, em sua maioria oriundos de outros países, centrais ou não, geralmente necessitaria de pessoal qualificado (assessorias técnicas formadas por sanitaristas, estatísticos, engenheiros, educadores, chefes de pessoal de serviços públicos e especialistas em treinamento de pessoal), para proceder ao reconhecimento das semelhanças e diferenças para desenvolver método próprio, relativo à realidade brasileira.

Contudo, no próprio desenrolar do texto ficava evidente a qual força de trabalho nominada de recursos humanos se remetia todo esse investimento. A seguir expressivo trecho de estudo complementar fornecido aos participantes para provocar o debate, em dois momentos; num primeiro:

A época em que vivemos se caracteriza por uma aceleração constante dos descobrimentos científicos e das suas aplicações técnicas, determinando mudanças revolucionárias na estrutura dos empregos. [...] Estas bruscas transformações [...] tornam indispensável a elaboração de técnicas que permitam prever a futura demanda de recursos humanos, especialmente de pessoal de alto nível e trabalhadores qualificados, para evitarmos, em dado momento, carência desses elementos (...). (Idem, p. 87).

Em outro momento,

A mão de obra não qualificada está sempre disponível ao atrativo de uma remuneração compensadora, e não exige ser considerada na avaliação dos recursos humanos. O mesmo se pode dizer do pessoal elementar, com um mínimo de qualificação que possa ser adquirido pelo simples desempenho do emprego, quando de avaliação global e serviço em expansão vegetativo. Já não é este o caso, em se tratando de emergências ou de programas parciais, dentro do Plano Nacional.

Como bons exemplos dessas situações peculiares, pode-se referir à acelerada formação de auxiliares de nível elementar (mata-mosquitos) para atender ao surto amarelo de 1928-29 e à Campanha de Erradicação da Malária (no primeiro caso cerca de 10.000 e no segundo 7.500). Os demais tipos de “trabalhadores de saúde” – assim entendido o indivíduo que, em qualquer nível, atua em atividades de saúde – devem ser objeto de avaliação e projeção cuidadosas. (Idem, p. 87).

Nesses dois momentos, pode-se observar a distinção entre os dois universos de trabalhadores que os participantes da conferência consideravam. Mesmo que afirmassem identificar tanto “os elementos especialmente treinados para a alta administração até a mão de obra não qualificada” (idem, p. 88), como sendo a composição dos chamados recursos humanos, é notória a estratificação por função de suas atividades. Além disso, de forma pragmática, a sua classificação na ordem do mundo do trabalho baseada na lógica da estrutura hierárquica fordista-taylorista e da separação entre aqueles que pensam e os que fazem.

No documento, o argumento de quem o elaborou<sup>61</sup> se pautava no “nível de instrução, geral e especializado, alcançado pelos seus componentes e segundo a terminologia corrente na esfera educacional” (p. 88), distribuído na seguinte ordem:

- a) pessoal de nível superior;
- b) pessoal de nível médio;
- c) pessoal de nível elementar ou primário; e
- d) pessoal sem qualquer instrução.

Torna-se interessante observar que essa caracterização por diferentes níveis na esfera educacional, de certa maneira, acentua o distanciamento entre as funções. Entretanto, para seus proponentes este distanciamento não interferiria no desenvolvimento das ações dos estabelecimentos de saúde, fossem eles Hospitais ou Centros Médicos-Sanitários. Isso se daria porque mesmo havendo divisão do trabalho, “embora coexistentes e inter-relacionadas numa mesma organização” (p. 101), as tarefas seriam exercidas distintamente. As técnicas envolvidas e difundidas partiam do mesmo núcleo formador da prática médica através da medicina, portanto, não seria impossível constatar aquela caracterização entre os níveis.

---

<sup>61</sup> Todo conteúdo referente ao material que foi utilizado para suscitar o debate entre os participantes distribuídos em diferentes grupos, por meio de eixos específicos e um elenco de perguntas, foi apresentado na Conferência pelo Reitor da UFRJ, Dr. Raymundo Muniz de Aragão.

Em linhas gerais, a IV CNS buscava subsídios e elementos satisfatórios às formulações previamente articuladas que sustentassem um Plano Nacional de Saúde. Afinal, a partir do golpe militar de 1964, aprofundava-se a mentalidade desenvolvimentista, em que a economia brasileira, muito mais permeável do que antes, atrelava-se cada vez mais ao suposto dinamismo do sistema capitalista internacional. Sendo assim, consolidar mecanismos que possibilitassem ampliar a capacidade de resposta do contingente de trabalhadores, alargando o mercado de trabalho e de consumo, frente às exigências advindas de pressões econômicas, exigiria investimentos do Estado nas condições de saúde dessa população. Era preciso formular estratégias de saúde em consonância com os parâmetros de Planejamentos Nacionais, mecanismo que deveria imprimir novo rumo ao desenvolvimento brasileiro.

Segundo Simões (1986),

A partir de 1964, se dá a incorporação do discurso e da prática do planejamento que vai servir como instrumento técnico-burocrático, no sentido de alcançar a racionalidade técnico administrativa nos aparelhos do Estado, tanto nas formulações da política econômica, quanto mais tarde nas políticas sociais. Como no período de 64/74, a estratégia de desenvolvimento nacional privilegiou o crescimento econômico e o controle político. O estilo de planejamento presente nos planos estatais (PAEG<sup>62</sup>, PLANO Decenal<sup>63</sup>, I PND) subordinava as políticas sociais (entre elas a de saúde) às políticas econômicas. (p. 553).

A intenção em se instituir PNS que determinasse as diretrizes e bases da saúde no país, de certa forma, veio ao encontro do momento em que seria implantado o I PND (1972-1974). Com os programas e campanhas acionados a partir de um planejamento na lógica da Medicina Preventiva, pressupunha-se que a ampliação do mercado de trabalho e de consumo consolidaria as pretensões de continuidade do discurso desenvolvimentista do “milagre brasileiro”. Por um lado, o país estaria em condições de atrair o investidor, pois maquiara uma feição de economia sólida, frente aos outros países da América Latina; por outro, o PND materializaria a intenção de manter para as massas a ideologia do “Brasil potência” necessária à legitimação de um Estado ditatorial e símbolo do ufanismo militarista.

O I PND investiu maciçamente em medidas estruturais, tais como: grandes projetos de integração nacional – transporte, corredores de exportação,

---

<sup>62</sup> Foi implantado de 1964 a 1966.

<sup>63</sup> Planos e Metas estratégicas para políticas de governo com objetivo de estruturar o Estado brasileiro para os 10 anos seguintes.

telecomunicações; ponte Rio-Niterói, rodovia Transamazônica, hidrelétrica de Três Marias, barragem de Itaipu; planos especiais de desenvolvimento regional; expansão dos investimentos estatais e uso da capacidade regulatória do Estado: empresas públicas eram integradas às políticas governo.

Já o II PND (1974-1979), mesmo convivendo com a retração do capital financeiro devido, principalmente, àquelas originadas pelos efeitos do primeiro choque do petróleo (1973) e dos rumores do segundo (1979) já em curso, promoveu intervenções mais pontuais<sup>64</sup>, ainda sob a imagem de país potência. Alguns projetos de natureza estrutural também compuseram o elenco de investimentos desse plano, postergando mais uma vez projetos que viabilizassem, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social. Estas demandas, ao longo dos anos, travestiram-se numa espécie de “lenda urbana” marcada pelas declarações de dirigentes sobre a necessidade de o “bolo” crescer, para uma futura democrática divisão entre todos. Assim, consolidou-se a mentalidade do modelo conservador excludente, marcando desde o início as políticas sócio-econômicas do período pós-golpe de 1964.

No campo da saúde, algumas deliberações durante a implantação do II PND foram marcantes para os rumos deste campo.

Para estudar a situação e perspectivas dos recursos humanos para a Saúde e propor soluções a serem incorporadas no II PND – Saúde, o Ministro da Saúde instituiu [...] um Grupo interministerial de Trabalho cujo relatório final de novembro de 1974 propôs um Programa com projetos destinados a cobrir três grandes áreas de ação sob a responsabilidade direta do Ministério da Saúde: 1. a do planejamento de recursos humanos propriamente dito; 2. a preparação direta de pessoal para a saúde; 3. a de apoio ao desenvolvimento do programa nacional de preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde. (PPREPS, 1976, p. 03).

Em 1976, esse GiT apresentou a sistematização de seus estudos<sup>65</sup>. Estruturou-o num PPREPS, composta por integrantes do MS, e colaboração de direta do MEC e da OPAS. O programa buscava adequar a “formação do pessoal de saúde (quantitativamente e qualitativamente) às necessidades e possibilidades dos serviços

---

<sup>64</sup> Tinha como proposta central estabelecer “novo rumo ao desenvolvimento brasileiro, ao priorizar o aumento da capacidade energética e da produção de insumos básicos e de bens de capital” (FONSECA *et al.*, 2007: 28). Era a tentativa de superar as metas do modelo anterior (I PND – 1972/74), alicerçadas no investimento de bens de consumo duráveis.

<sup>65</sup> Originou-se após a constatação de inúmeras deficiências dos *stocks* (dizeres do documento) de recursos humanos, tanto na quantidade quanto qualidade do serviço de saúde que estes ofertariam (e já ofertavam) à população no futuro. O GiT constatou a distância entre “sistemas formadores e utilizador” tantas outras demandas recomendadas pelo Governo Federal. Posteriormente, esses levantamentos seriam fundamentais para a organização e implantação de um Sistema Nacional de Saúde.

através de uma progressiva ‘integração’ das atividades de formação na ‘realidade dos Sistemas de Serviços de Saúde’” (Idem, p. 03).

Assim, dava-se o “pontapé inicial” para uma série de ações pragmáticas para se incorporar/ajustar o trabalhador de nível elementar e médio aos projetos e programas dos Sistemas de Serviços de Saúde e, ao longo do tempo, de processos que levariam à política de Reforma Sanitária. Inicialmente, destacamos o pragmatismo de uma dessas iniciativas para ilustrar por que a questão remetida à incorporação dos ditos “recursos humanos em saúde” sempre esteve presente nos debates dos fóruns oficiais, uns mais, outros menos. Desde os primórdios, ainda em meados da década de 1950, quando se formatou o SAMFAM (1956) numa busca para solucionar a carência de profissionais, neste caso de médicos, a questão desse “pessoal” ou “trabalhador” já constava nas estratégias de superação desses *déficits*, fosse no processo de trabalho, fosse na assistência à população.

Além do PPREPS, sucederam-se o Programa Larga Escala<sup>66</sup>, de 1981, o Projeto CADRHU, implantado em 1987, e, ao final do século XX, o Projeto PROFAE<sup>67</sup>, de 1999/2000. Alguns outros têm sido formulados desde então e é fundamental considerarmos que, independente da orientação político-pedagógica que encerrem, não pretendemos aqui esgotá-los, ou mesmo descaracterizá-los, ao contrário. Por outro lado, nosso objetivo ao percorrer esses processos históricos foi dar um panorama acerca da “evolução” que o papel desse trabalhador desempenhou no campo da saúde ao longo do tempo.

---

<sup>66</sup> Esse Programa teve como perspectiva inicial capacitar pessoal de nível médio em “larga escala” para atender às deliberações da VII CNS (1980), cujo tema central foi “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Fundamentalmente, subsidiaria a implantação e o desenvolvimento do PREVSaúde, atendendo às proposições remetidas de dois subtemas debatidos na Conferência; a saber: 3. Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde; 4. Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde.

<sup>67</sup> Através do modelo de competências, o projeto propõe a melhoria da qualidade do atendimento ambulatorial e hospitalar no Brasil, por meio da profissionalização do pessoal de enfermagem de nível médio, além de fortalecer as instituições que trabalham com esses recursos humanos da área de saúde. (cf. KAWAMOTO, 2006).

## 2.2 Localizando o processo de trabalho

Para a sequência deste estudo, foi fundamental destacar uma aproximação cuidadosa da produção social, trabalho, importante ferramenta para a concepção marxista, como o fizeram Donnangelo, Arouca, Gonçalves, entre outros, representando considerável avanço à época para o campo da saúde no Brasil. Contudo, investigar no processo de trabalho em saúde a questão do trabalho pelo viés marxista, no qual estes autores se balizaram, apresenta-se insuficiente para a continuidade desta pesquisa. Sendo assim, fiz uma breve abordagem da constituição deste conceito-ferramenta. Inicialmente como este foi incorporado às formulações daqueles e de outros autores e, à medida que prossegui e me aprofundei no campo da saúde coletiva, outros e/ou novos conceitos foram acionados para compor uma caixa de ferramentas adequada à composição do objeto da pesquisa.

Portanto, de acordo com a concepção marxista, estruturante na organização do pensamento social e econômico das sociedades capitalistas, todo trabalho gera valor e

todo trabalho é, de um lado, dispêndio de força humana de trabalho, no sentido fisiológico, e, nessa qualidade de trabalho humano igual ou abstrato, cria o valor das mercadorias. Todo trabalho, por outro lado, é dispêndio de força humana de trabalho, sob forma especial, para um determinado fim, e, nessa qualidade de trabalho útil e concreto, produz valores-de-uso. (MARX, 2008: 68).

Ainda, segundo Karl Marx (1818-1883), nem todo valor de uso é valor porque não decorre de trabalho humano. Há elementos da natureza (ar, água, terra, e tudo mais que surge de forma espontânea no planeta) que são úteis às diversas sociedades e não resultam de trabalho humano, mas contêm em si valor de uso. Portanto, esses elementos se transformam em produtos do trabalho humano por meio do manuseio, alcançando neste processo uma dimensão viva e, assumindo a condição de matéria prima, convertem-se em trabalho morto. Neste momento, esta matéria prima adquire condição de valor de uso, resultado do trabalho humano que o antecedeu (MERHY, 2005b).

Além disso, os valores de uso resultantes do trabalho só se tornam valores de troca ou mercadoria quando da possibilidade de serem trocados pelo produto de trabalho de outro trabalhador, caso tenha utilidade para este último. Portanto, nas sociedades capitalistas o processo de trabalho se realiza a partir do/no interior das relações sociais de produção, onde se verificam as “permutas” entre valores de uso por valores de troca. O trabalhador que não detém os meios necessários à produção, não troca, mas vende sua

mercadoria, a força de trabalho, em forma de valor de uso. Sendo assim, o capitalista que não detém a habilidade ou o domínio da técnica de produzir as mercadorias, porém concentra os meios produtivos, não troca, mas compra os produtos daquele trabalhador que produziu o valor de uso, passando este a assumir valor de troca. Contudo, Marx (2008) assegura que é o tempo de trabalho socialmente necessário que representa a média do tempo requerido para se produzir um valor de uso qualquer; além disso, faz-se necessário que esta atividade produtiva esteja nas condições de produção socialmente normais existentes, respeitando o grau médio de destreza e intensidade de trabalho.

A referência a algumas das peculiaridades presentes na análise crítica de Marx à economia política que caracterizam esse sistema é relevante. Esta tem estruturado as ações concernentes ao mundo do trabalho e seus processos desde que passaram a ser difundidas. Principalmente, porque os seres humanos têm a capacidade de produzir coisas a partir do trabalho, diferente de outros seres que também desenvolvem coisas. Contudo a lógica coletiva que determina suas ações não lhes possibilita desenvolverem outras e novas formas de produção além daquela que realizam devido a sua condição instintiva.

Neste ponto, algumas contribuições de Emerson Elias Merhy relativas ao pressuposto marxista sobre o trabalho vêm para o centro da cena, a partir de formulações que reconhecem o conceito em outra perspectiva. Pode-se considerar que Merhy (2007), ao desenvolver uma reflexão análoga ao exercício proposto por Marx, quanto à distinção entre a abelha e o arquiteto, destacou esta concepção marxista quando sustentou que o processo de trabalho em saúde comporta uma peculiaridade inerente e indissociável em seu fazer, ao afirmar que qualquer indivíduo em atividade de produção de sua habitação, antes mesmo de sua execução, já o construiu mentalmente, tal qual o arquiteto. Ainda, afirma que esta construção mental antecede o processo de sua execução, levando o homem a perseguir a realização de seu objetivo. Portanto, o indivíduo trabalha a partir de um “recorte interessado do mundo”, no dizer do autor, estabelecendo as etapas que permitirão realizar o processo de trabalho para a construção da habitação.

Esse recorte interessado do mundo sobre o qual o autor nos instiga a pensar, em analogia com o trabalho do arquiteto, revela que há nesse trabalho uma potente produção imaginária, que traduz a inventividade que é própria do homem. Desta maneira, o autor caminha em sua composição sobre trabalho e seu processo,

incorporando a outros elementos, que entre outras coisas, via no trabalho morto, o valor de troca cristalizado em produto - na mercadoria - a finalidade do processo de trabalho.

Campos (2007) também abre um debate acerca desta inventividade. Inicialmente, quando ao analisar no capitalismo o produto do trabalho, reconhecendo que este se materializa em produtos (bens ou serviços), destaca que os produtos apresentam um duplo valor: valor de uso e de troca. Entretanto, ao avançar na discussão, lembra que “o valor de troca garante que os produtos circulem como mercadorias” (2007, p. 48). E, ainda, que “o valor de uso expressa a utilidade do produto e permite sua realização, isto é, seu consumo” (idem, p. 48). A partir deste ponto, desenvolve a relação entre a utilidade dos produtos e sua potencial capacidade para atender necessidades sociais.

Contudo, ressalva que “o valor de uso não é, pois, igual ou equivalente a necessidade social” (idem, p. 48), em que o trabalho se presta a atender as necessidades sociais, “mas produz coisas com valor de uso, coisas potencialmente úteis, supostamente capazes de atender a necessidades” (idem, p. 49). Além disso, chama a atenção para a sutileza da diferenciação, na medida em que as necessidades sociais são produções da ordem do econômico-social, dos movimentos políticos, ideológicos e culturais. Assim sendo, Gastão Wagner de Sousa Campos assinala que,

escova de dentes é um bem material; consulta médica é um serviço, um procedimento, uma prática social, que têm o potencial de atender a necessidades sociais. Não são diretamente necessidades sociais. Determinado padrão de saúde bucal ou de saúde em geral é que são necessidades. Os bens e serviços, as práticas ou políticas sociais, são apenas meios com valor de uso potencial, com capacidade potencial de assegurar atendimento de algumas necessidades. Trata-se de uma manobra ideológica a equivalência que se costuma estabelecer entre produtos e práticas com as necessidades sociais. [...] assim, a conduta médica não é igual à saúde; ou, um dia, a saúde bucal poderá até dispensar o uso da escova de dentes. (2007, p. 49).

E, ainda,

(...) O resultado do trabalho, portanto, somente indiretamente atende a necessidades sociais. O resultado do trabalho são produtos, em geral, com algum valor de uso presumido. Com capacidade potencial para preencher o gosto ou o desejo do público. Confundir valor de uso com atendimento automático de necessidades sociais é uma armadilha tecnocrática e mercantil, que dificulta, à maioria, analisar de modo crítico a produção de valores de uso. (Idem, 49).

Essas considerações de Campos são importantes para pensar que tal confusão favorece a associação imediata entre o conceito-ferramenta trabalho e a concepção

“simplificada” de trabalho produtivo. Dessa forma, a capacidade inventiva corre o risco de não ser reconhecida, de ser reduzida à produção de bens ou serviços de forma, digamos, automatizada. Neste ponto, o autor relaciona esta capacidade à reconstrução da noção de sujeito ou à constituição de coletivos, afirmando que tanto um como o outro necessitam do reconhecimento da autoria, pois que todo ser humano deixa no mundo sua marca. Para que um Sujeito se construa, é necessário que haja um conjunto especial de coisas que tenham sido por ele projetadas, alguma travessia em lugar inóspito, alguma forma inovadora na produção de medicamentos etc. (Campos, 2007).

A partir disto, ele propõe que se pense na possibilidade de uma nova categoria: trabalho criativo de valores de uso. Esta seria aplicada à área de serviços e à produção de bens, além da ciência e da arte. Deste modo, o trabalho humano passaria a ser reconhecido como algo que, além de indispensável porque requereria a inventividade, é um aspecto inerente ao humano.

A invenção científica e tecnológica; a produção artística e cultural; todo o trabalho dependente de relações interpessoais, em saúde, em educação ou no campo dos cuidados; todos considerados não produtivos no sentido da produção imediata de valores de troca, pois bem, em todos estes campos, a automação auxilia, potencializa, mas não dispensa a trabalho humano. (Idem, p. 55).

Essa contribuição de Campos, mesmo que esteja diretamente referida à proposta metodológica de um processo de gestão institucional – a reconstrução do sentido e dos espaços de trabalho –, propõe um repensar valioso do conceito-ferramenta trabalho. Especialmente, isto ocorre quando discute a noção de valor de uso, a de valor de troca, e, principalmente, o reconhecimento da capacidade criativa que se verifica na atividade produtiva.

Ademais, torna-se importante destacar que a familiaridade entre suas ideias e as questões ofertadas por Mehry, mesmo aproximando-se quanto ao aspecto da inventividade, diferenciam-se. Mehry parte do plano da micropolítica para tratar do processo de trabalho em saúde, identificando aspectos do trabalho vivo e, como tal, estabelecendo que há características próprias deste plano que não estão contempladas na proposição de Campos. Por sua vez, Campos percorre sua problemática através das formulações do materialismo histórico marxista.

Entretanto, dada a relevância das formulações marxistas, sobre trabalho enquanto uma ferramenta de análise, a proposição de Campos traz em si outra

conformação que interessou-me estudar naquele momento, para, posteriormente, recuperar a reflexão proposta por Merhy.

Desta maneira, retomando a abordagem proposta inicialmente, observe-se as sociedades capitalistas. Ao se transferir o debate sobre o processo de trabalho para as atividades práticas do mundo contemporâneo e a maneira como são administradas as formas de se organizarem estes processos, vimos que o que possibilita algumas variações sobre este tema está ancorado na própria maneira como Marx construiu a sua crítica da economia política<sup>68</sup>. Inicialmente, porque segundo este autor as relações sociais de produção no mundo do trabalho estão determinadas historicamente a partir da divisão social do trabalho em sociedades estruturadas em classes sociais. Ademais, de acordo com estas divisões, de um lado, há os que vendem sua força de trabalho ao produzirem valores de uso na forma de mercadorias; e, de outro, há aqueles que negociam a compra destas mercadorias transformando-as em valores de troca.

Apresenta-se aqui um exemplo emblemático dessas relações na lógica cientificista nas organizações de processos de trabalho que estruturaram o mundo do trabalho a partir do modelo taylorista/fordista. Importante na incorporação da pesquisa à técnica, tal modelo enquanto método contribuiu para a expansão da capacidade produtiva e o alargamento dos horizontes do consumo de massa. Assim, fortaleceu os instrumentos necessários e difusores na Segunda Revolução Industrial<sup>69</sup>, além de fortalecer a DIT desde o segundo quartel do século XIX.

De todo modo, este processo de organização das forças produtivas difundidas pela DIT assumiu outros perfis no sentido de dar prosseguimento e reforço à lógica de manutenção desta divisão, por meio da implementação de inovações tecnológicas de diferentes naturezas. Sendo assim, desde as últimas décadas do século XX observa-se que, ao rearranjo dessas inovações, incorporaram-se novos referenciais teórico-metodológicos aos “velhos”; em certa medida reestruturando tanto os processos produtivos como as relações sociais de produção, desencadeados efetivamente pelas irradiações da transição tecnológica. Aqui, a mencionada transição se refere a atividades da produção industrial, informacional, da comunicação, de serviços, entre outras, sem

---

<sup>68</sup> Refiro-me à obra clássica produzida por Karl Marx (1809-1864) sobre a crítica ao pensamento liberal que ganhava espaço nas sociedades capitalistas do século XIX denominada *O Capital: crítica da economia política*, organizado em cinco volumes.

<sup>69</sup> Revolução que contou com a incorporação da pesquisa científica à técnica, favorecendo o surgimento de diversas inovações.

compreender os modelos tecnológicos e assistenciais referidos diretamente ao campo da saúde (MERHY, 2005b).

Assim, também com base nos estudos de Marx, busca-se explicitar que é por meio do trabalho que seu produto, a mercadoria, assume em si uma condição própria. Nesta,

a igualdade dos trabalhos humanos fica disfarçada sob a forma de igualdade dos produtos do trabalho como valores; a medida, por meio da duração, do dispêndio da força humana de trabalho, toma a forma de quantidade de valor dos produtos do trabalho; finalmente, as relações entre os produtos, nas quais se afirma o caráter social dos seus trabalhos, assumem a forma de relação social entre os produtos do trabalho. A mercadoria é misteriosa simplesmente por encobrir as características sociais do próprio trabalho dos homens, apresentando-as como características materiais e propriedades sociais inerentes aos produtos do trabalho; por ocultar, portanto, a relação social entre os trabalhos individuais dos produtores e o trabalho total, ao refleti-la como relação social existente, à margem deles, entre os produtos do seu próprio trabalho. Através dessa dissimulação, os produtos do trabalho se tornam mercadorias, coisas sociais, com propriedades perceptíveis e imperceptíveis aos sentidos. (MARX, 2008: 94).

Marx entendeu que essa propriedade que a mercadoria assume e que foi por ele identificada como uma forma de fetiche está determinada historicamente pelas relações sociais de produção, consolidando-se no capitalismo.

E, ainda,

só com a troca, adquirem os produtos do trabalho, como valores, uma realidade socialmente homogênea, distinta da sua heterogeneidade de objetos úteis, perceptível aos sentidos. Esta cisão do produto do trabalho em coisa útil e em valor só atua, na prática, depois de ter a troca atingido tal expansão e importância que se produzam as coisas úteis para serem permutadas, considerando-se o valor das coisas já por ocasião de serem produzidas (...). (Idem, p. 95) (grifo meu).

Portanto, pode-se considerar que, além da determinação histórica defendida por Marx com relação aos processos produtivos e suas produções sociais, outra determinação se verifica, tornando-se sublimada por meio do fetiche: a consideração do valor das coisas à medida que são produzidas. Sendo assim, aspectos como esses do sistema capitalista se encontram difundidos e se reproduzindo no processo produtivo de diferentes mercadorias, independente das práticas e metodologias que sejam aplicadas ao processo – do taylorista/fordista à reestruturação produtiva.

Em certa medida, este atributo da mercadoria torna-se imperceptível, por isso fetiche, demonstrado por meio das iniciativas em se qualificar os processos de trabalho, em que esta variante, geralmente, é ignorada. Isto se evidencia na importância que se dá à qualidade do produto final, invariavelmente escapando ao foco o processo de trabalho que gera tal mercadoria. A preocupação muitas vezes se restringe às novas formas de adequar o trabalhador e seu processo de produção às exigências do mercado, ampliando o escopo da mais valia através de investimentos em inovações, incluindo as propostas de projetos de formação que são articulados com este objetivo, com a garantia que destes resultem produtos.

Em linhas gerais, na perspectiva marxista, na produção de qualquer produto, isto é, mercadoria, o processo de trabalho expressa um meio de obtê-lo e satisfazer/criar necessidades; e também de como estabelecer a relação entre trabalho morto e trabalho vivo para o alcance do objetivo final.

Entretanto, quando acompanhei o cotidiano do processo de trabalho em saúde na pesquisa *Projeto Gestão* de 2006, percebi que debater a correspondência trabalho morto e trabalho vivo era fundamental. Especialmente porque foi possível (re)conhecer como o trabalho adquiriu outra dimensão, principalmente em relação ao trabalho em saúde.

Por outro lado, é importante destacar que a contribuição da produção marxista proporcionou valioso debate a partir desta produção social, o trabalho, subsidiando formulações outras para se pensar e entender a saúde. Tal oferta permitiu que novos/outros paradigmas fossem incorporados à construção do próprio campo da saúde. Contudo, faz-se oportuno esclarecer que, mesmo tendo sido fundamental a efetiva adesão desta categoria para mudanças no padrão constitutivo da produção em saúde, percebeu-se a emergência em se buscar outros arranjos conceituais para o desenvolvimento de formulações na construção do pensar e fazer saúde, pois avançar no debate somente pelo viés marxista se tornou insuficiente.

Sendo assim, para dar continuidade às discussões, trago novos elementos para a cena, aprofundando o debate e avançando no tema processo de trabalho em saúde a partir de outras contribuições, neste caso da produção micropolítica articulada ao processo de trabalho em saúde.

## 2.3 A produção da micropolítica no processo de trabalho em saúde

No subitem anterior, propus o debate sobre trabalho a partir de outra dimensão – processo de trabalho em saúde. Entretanto, considero necessário lançar mão de outros referenciais teóricos para avançar neste debate. Portanto, algumas considerações introdutórias que explicitem a maneira como abordei a temática se torna preponderante, devido à multiplicidade, à natureza e à complexidade que se pode identificar nas relações de produção que o setor saúde demanda.

Inicialmente, considere o fato de que o processo de trabalho em saúde, segundo Donnangelo e Pereira (1976), Gonçalves (1992), fundamentou-se a partir de conceitos-ferramenta da matriz marxista, vitais para a elaboração tanto desta formulação como, também, para construção do próprio campo da Saúde Coletiva (DONNANGELO, 1975; DONNANGELO *et al*, 1976; NUNES, 1994). Por outro lado, acionar elementos na perspectiva micropolítica me pareceu fundamental para dar continuidade ao exame do processo de trabalho em saúde, incorporando alguns conceitos que passaram a compor nossa caixa de ferramentas.

Por meio dessa perspectiva, analisei algumas ações cotidianas em processos de trabalho em saúde. Percebi o quanto o conceito de micropolítica elaborado por Felix Guattari e Gilles Deleuze contribui nesta análise, pois possibilita o acompanhamento de ações em saúde, na medida em que este conceito se situa no cruzamento de diferentes níveis ou processos. Dentre estes níveis, destacamos dois deles que articulam a produção de subjetividade. Segundo Guattari e Rolnik,

a questão micropolítica – ou seja, a questão de uma analítica das formações do desejo no campo social – diz respeito ao modo como o nível das diferenças sociais mais amplas (que chamei de “molar”) se cruza com aquele que chamei de “molecular”. Entre esses dois níveis, não há uma oposição distintiva, que dependa de um princípio lógico de contradição. Parece difícil, mas é preciso simplesmente mudar de lógica. Na física quântica, por exemplo, foi necessário que um dia os físicos admitissem que a matéria é corpuscular e ondulatória, ao mesmo tempo. Da mesma forma, *as lutas sociais, ao mesmo tempo, molares e moleculares*. (2010, p. 149).

No nível molar, observa-se certa mescla de diferentes ações projetadas tanto na produção do sujeito como no processo de subjetivação, a dinâmica molar/molecular que se dá em nós, nos encontros estabelecidos nos processos de trabalho. Movimento permanente, quando há sujeitos em relação, movendo-se em processos de mudança no campo subjetivo, ao transitar nos espaços cotidianos do trabalho em saúde. Nas

ocorrências frequentes e diminutas desse cotidiano, no processo molar de subjetivação, verifica-se a presença da grande força motora da micropolítica.

Enquanto processo, o nível molecular está referido a um movimento mais amplo, atravessado por sistemas políticos, econômicos, sociais e culturais. Sendo assim, a produção de subjetividade será influenciada diretamente pelos efeitos que se produzam a partir desses sistemas, com sua interferência imediata. Neste nível, deve-se estar atento a lógicas de padronização que contribuem para uma conformação alienante, em que os atravessamentos entre os dois níveis podem se tornar desiguais (GUATTARI e ROLNIK, 2010).

Contudo, é através de processos de criação que se constrói a autonomia e, assim, a possibilidade de não se sucumbir à conformação alienante da padronização (idem, 2010). Principalmente, porque é no processo de trabalho em saúde que o cruzamento dos níveis molar e molecular se revela e torna-se primordial a partir dos encontros e das dimensões inventivas e autônomas. Neste sentido, os processos de subjetividade que se dão nesses encontros, seja entre sujeitos que desempenham suas atividades laborais, seja entre estes e o pessoal que busca o atendimento de suas necessidades, podem propiciar o que os autores nomeiam de processos de singularização no plano da micropolítica. Segundo estes autores,

os processos de singularização não podem ser especificamente atribuídos a um nível macrossocial, nem a um nível microssocial, nem mesmo a um nível individual. É por isso que prefiro falar de “processo de singularização” em vez de singularidade e, ainda uma vez, sem fazer uma apologia destes processos, pois eles podem entrar em toda espécie de modalidade de sistemas de recuperação, de sistemas de modelização. Toda problemática micropolítica consistiria, exatamente, em tentar agenciar os processos de singularização no próprio nível de onde eles emergem. (GUATTARI e ROLNIK: 2010: 152).

Sendo assim, no campo da saúde os agenciamentos emergem da/na lida, do/no fazer, na medida em que, ao se estabelecerem estratégias para atender às demandas inerentes ao processo do cuidado, ao nível molar e molecular, a produção de subjetivação estará todo tempo (e o tempo todo) se manifestando, dada a natureza desta ação. De acordo com o permanente atravessamento dos dois níveis e, como já destaquei, a capacidade de inventar, criar a partir de algum mecanismo de “fuga” novo, ou já presente no cotidiano do campo, processos de subjetivação ocorrerão, estabelecendo novos territórios e/ou (re)territorializando aqueles que já estiverem (ou estão) sob uma possível ameaça de sucumbir à padronização.

Como a atenção está focada no processo de trabalho em saúde, a interlocução com Guattari e Rolnik (2010) através de suas proposições representa um facilitador que permitiu adensar mais o debate. Para isto, o exercício teórico-metodológico que Emerson Elias Merhy me convidou/convocou a fazer se tornou fundamental ao examinar alguns aspectos dos processos de trabalho em saúde. Como este autor desenvolve suas formulações no plano da micropolítica, tomei de empréstimo alguns conceitos-ferramenta que necessitam ser realçados, pois funcionaram como uma espécie de sinalizadores para os processos que pretendia aprofundar para o prosseguimento do estudo.

A questão do trabalho, da composição e do processo foi primordial para Merhy. Sua elaboração, orientada pela produção do mundo do trabalho em saúde, encontrou no estudo desenvolvido por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves seu ponto de partida, afirmando que,

sem dúvida, este autor [Gonçalves] [...] nos forneceu um objeto (o trabalho em saúde), ferramentas analíticas (a teoria do trabalho) e temas para estudo (como por exemplo os saberes e os modelos tecnológicos). E é partindo de seus caminhos que neste estudo se procura tomar o debate sobre a micropolítica do trabalho em saúde, procurando incorporar outros referenciais analíticos que possam recolocar a temática do fazer cotidiano do trabalho e o espaço de autonomia do trabalhador. (MERHY: 2007: 80).

As conexões que Merhy traçou a partir das contribuições que Gonçalves forneceu estão remetidas à conformação do conceito-ferramenta trabalho, como já mencionei, no plano da micropolítica. Em sua própria elaboração sobre o conceito, Merhy fez uma observação, ainda referida à análise marxista sobre o processo de trabalho que importa destacar:

para Marx, o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade, mas, antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. E, assim, o trabalho “produz” o homem, mesmo que este seja a fonte daquele e que, em potência, de modo virtual, seja o lugar da criação e o momento de existência e expressão do trabalho vivo em atividade. (Idem, p. 81).

Entretanto, Merhy chama a atenção e sinaliza para a sutileza que reside na diferenciação na produção da atividade laboral do processo de trabalho em saúde, destacando a maneira como se articula o modo de realização do projeto que se pretende desenvolver. Este modo traz em si uma sabedoria própria que associa nossos atos “vivos” a outros componentes (MERHY, 2007). Dentre estes componentes, o autor

destaca o trabalho morto<sup>70</sup>, com seus equipamentos tecnológicos, ou melhor, “certo saber fazer, e a um ir fazendo, que inclusive dão sentidos ao que será ou não “a razão instrumental” do equipamento” (2007: 84). Porém, alerta para algumas armadilhas que presidem o trabalho morto e se concentram em suas dimensões tecnológicas. Estas, por sua vez, dependendo da dinâmica do processo de trabalho em saúde, podem alcançar certa ascendência no processo de trabalho e capturar o outro componente – trabalho vivo em ato –, dificultando o desempenho de seu fazer de forma autônoma e criativa, uma de suas principais virtudes.

Merhy faz este alerta, principalmente, por causa das produções no processo de trabalho em saúde em que as tecnologias duras, de certa forma, arrebatam a dinâmica do fazer, acachapando-as. Este debate se refere à questão da transição tecnológica que, aplicada ao campo da saúde, onde há uma especificidade que se revela exatamente na produção do trabalho vivo em ato, aos olhos “desarmados” se torna um risco.

Com relação a este debate, Merhy desenvolveu algumas reflexões a partir da tese de Pires (1996). Ele discute a maneira como a pesquisadora realiza algumas aproximações entre os efeitos do processo de reestruturação produtiva e o campo da saúde. Merhy alerta para o perigo de se transportar tais efeitos para a análise dos processos de trabalho em saúde; e acrescenta que seu equívoco reside exatamente na sutileza da “captura do trabalho vivo em ato pelo trabalho morto”, mesmo reconhecendo a contribuição que esta fornece ao campo.

Por isso, Merhy afirma que

o processo de trabalho em sua micropolítica deve ser entendido como um cenário de disputas de distintas forças instituintes: desde forças presentes claramente nos modos de produção – fixadas, por exemplo, como trabalho morto, e mesmo operando como trabalho vivo em ato–, até as que se apresentam nos processos imaginários e desejantes, e no campo do conhecimento que os distintos “homens em ação” constituem. Na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras dimensões não pensadas. (2005b: 60).

---

<sup>70</sup> O trabalho morto, fruto dos trabalhos anteriores, incorporando-se como uma espécie de cristalização do trabalho vivo que o concebeu, transforma-se em matéria prima essencial para a realização do trabalho vivo.

Exatamente, é a partir da exemplificação que Mehry oferta que (re)posicionei meu olhar, focando minhas observações no cotidiano do processo de trabalho em saúde de determinado grupo de trabalhadores do campo. A partir de algumas características presentes no processo de suas atividades diárias, a investigação encontrou peculiaridades que estes apresentam e são relevantes à condução desses processos e sua própria dinâmica. Sendo assim, fez-se oportuno explicitar que, ao se estabelecer o foco de análise sobre processos de trabalho de um grupo específico, entende-se que o mesmo só pode desempenhar suas funções na medida em que se considera que toda atividade exercida por este, tanto na saúde como em qualquer outro setor, resulta de processos nos níveis molares e moleculares, o que envolve diferentes grupos de trabalhadores e as dimensões de seus saberes, variando as formas de inserção de todos.

## Parte III - O processo de trabalho em saúde em arquivo médico

### 3.1 Arquivo – muito além da guarda documental

Há que se estabelecer certa distinção com relação ao quanto as tensões nos processos de trabalho se tornam mais ou menos reveladas. Neste caso, destaco o cotidiano do Arquivo, onde o fazer, de certa forma, congrega conhecimentos da área da administração que tem sua gênese na tradição de metodologias consideradas mais “duras”, *hard*, a chamada administração científica ou Teorias Gerais da Administração.

Talvez por isso, quando se observam e analisam as atividades desenvolvidas pelo grupo de trabalhadores deste setor, muitas vezes os referenciais teórico-metodológicos adotados para tratá-las estejam associados diretamente ao estudo de questões relativas à área da administração. Isto se verifica especialmente a partir de informações associadas à análise e/ou ao diagnóstico de resultados encontrados em prontuários, processos, cadastros, registros de dados estatísticos, entre outras evidências desta natureza.

Além de todos esses aspectos que envolvem estes referenciais, eles também são atravessados por questões do campo epidemiológico como atesta a guarda e preservação, no Arquivo, de dados estatísticos, axiológicos, entre outros, que compõem o arsenal de elementos voltados ao desenvolvimento de investigações e diagnósticos do campo da saúde.

De certa forma, por estruturar-se de acordo com princípios formulados pela área de conhecimento Administração, a organização do Arquivo Médico pouco se diferencia do que se pode encontrar em espaços destinados aos Arquivos de qualquer estabelecimento; seja em museus e bibliotecas, seja em “repartições” públicas ou escritórios particulares. Assim sendo, seu processo de trabalho se desenvolve a partir de atividades que, por vezes, parecem-nos lineares e, também, pragmáticas, “objetivas”, como se pode verificar nos espaços com a mesma função. O Arquivo é por excelência o lugar da guarda documental.

Como já mencionado, a historiadora e ensaísta francesa Arlette Farge (2009) apresentou um estudo sobre o tema em seu livro *O sabor do Arquivo*. Neste, investigou a relação da “vida” de consultores que pesquisam assuntos variados em alguns espaços de arquivos institucionais públicos nacionais e internacionais ao terem acesso a diversos

tipos de documentos (cartas, manuscritos, novelas, documentos oficiais etc.). Ela afirma que

o [espaço] Arquivo não se parece nem com os textos, nem com os documentos impressos, nem com os “relatos”, nem com as correspondências, nem com os diários, e nem mesmo com as autobiografias. É difícil em sua materialidade. [...] Nas bibliotecas, os funcionários (conservadores e arquivistas) não se perdem no mar; referem-se a ele em número de quilômetros de estantes que ocupa. É uma outra forma de gigantismo ou um jeito astucioso de domá-lo que já sinaliza a utopia presente na vontade de um dia apossar-se dele exhaustivamente. A metáfora do sistema métrico cria um paradoxo: disposto ao longo das prateleiras, medindo em metros de fita como nossas estradas, ele parece infinito, talvez até indecifrável. (p. 11-12).

Ao longo do ensaio, Farge convida o leitor a vislumbrar possibilidades de explorar o mistério que repousa nos acervos disponíveis em diferentes locais com Arquivos pelo mundo e, principalmente, como se apresenta sua organização. Pouca ou qualquer referência se faz às ações do cotidiano do grupo de trabalhadores que garantem a guarda de seus acervos, mesmo porque para gestores e público em geral este não é seu enfoque.

Por outro lado, são processos de trabalho e, como tal, coordenados por organizações molares que têm no conjunto de seus trabalhadores ações moleculares fundamentais à dinâmica de seu funcionamento, atendendo, identificando, localizando, separando, distribuindo... Neste caso, creio ser adequado acionar referenciais teóricos da área da administração para desenvolver estudos sobre arquivos com um perfil desta natureza, à medida que sejam reconhecidos os atravessamentos que ocorram no cotidiano das atividades de seus grupos de trabalhadores. Porque é importante considerar que, enquanto processos de trabalho, neles ocorrem encontros onde a segmentaridade arborescente, ou mesmo a segmentaridade flexível, pontos de macropolíticas e micropolíticas, níveis molares e níveis moleculares estão presentes como componentes de um mesmo processo, pois

se é verdade que o molecular opera no detalhe e passa por pequenos grupos, nem por isso ele é menos coextensivo a todo *campo social*, tanto quanto a organização molar. Enfim, a diferença qualitativa das duas linhas não impede que elas se aticem ou se confirmem de modo que há sempre uma relação proporcional entre as duas, seja diretamente proporcional, seja inversamente proporcional. [...] quanto mais a organização molar é forte, mais ela própria suscita uma molecularização de seus elementos, suas relações e seus aparelhos elementares. Quando a máquina torna-se planetária ou cósmica, os agenciamentos têm uma tendência cada vez maior a se miniaturizar e a tornar-se microagenciamentos. (DELEUZE e GUATTARI, 1996: 93) (grifo meu).

Portanto, torna-se necessário considerar também que atividades desempenhadas nestes espaços com a função primordial de “preservar acervos” combinam distintos grupos de trabalhadores com produções de subjetivações variadas, sendo atravessados por infinitas possibilidades.

Entretanto, quando se trata do processo de trabalho no arquivo médico, esta dinâmica corresponde à perspectiva de outra ordem, mesmo que parte das “tarefas” básicas se assemelhem às desempenhadas por grupos de trabalhadores de qualquer tipo de Arquivo. Seu grupo, ao atender, identificar, localizar, separar, distribuir... está desempenhando processos de trabalho articulados ao campo da saúde, onde outras e possíveis conexões são atravessadas por agenciamentos que envolvem componentes de natureza completamente diversa. Neste, é o trabalho em saúde que se verifica, com arranjos próprios, integrado às características inerentes ao campo. Além disso, para sua existência é necessário algo a mais, além de elementos que se encontram em bases da administração científica, métodos padronizados ou protocolos de diferentes normas.

É especialmente no processo de trabalho em saúde que o cruzamento dos níveis molar e molecular se torna primordial, existindo a partir de encontros entre seus integrantes e das dimensões inventivas e autônomas que estes produzem, com que se identificam e se intensificam. Neste sentido, as produções de subjetividade que ocorrem a partir destes encontros podem propiciar processos de singularização no plano da micropolítica, seja entre grupos de trabalhadores que desempenham suas atividades laborais, seja entre estes e usuários que buscam o atendimento de suas necessidades.

Além disso, o processo de trabalho deste grupo demanda diferentes arranjos para seu desempenho, na medida em que os documentos a serem ali destinados e preservados alcançam funções muito específicas e altamente relevantes para o que se prestam. Dito isto, é importante destacar que sua atividade é responsável pela guarda e arquivamento de prontuários<sup>71</sup> e de exames de grupos de pacientes e de usuários de um estabelecimento hospitalar. Com relação aos prontuários, que contêm informações e dados que geralmente se avolumam, auxiliando no processo de trabalho da assistência, espera-se que estejam devidamente preservados pelos responsáveis do arquivo. Ademais, o prontuário

---

<sup>71</sup> “Prontuário é um documento de valor legal, pois através das anotações nele contidas, possibilita análise de fatos ocorridos com pacientes, durante o seu atendimento pela instituição.” (MARQUES *et al*, 1995: 01).

também é um gerador de dados para faturamento hospitalar (como, por exemplo, no momento das altas hospitalares), para avaliações de qualidade da assistência prestada e para levantamentos estatísticos (...). (MARQUES *et al*, 1995: 01).

Por outro lado, o prontuário, assim, frio e preciso, uma espécie de depositário de informações e dados, de fato revela-se como um importante meio para o desenvolvimento de diferentes investigações. Neste caso, a pesquisa e o ensino para o campo da saúde ganham uma potente ferramenta, cujo conteúdo se torna fundamental ao emprego em estudos e debates. Contudo, este *status* – potente ferramenta – só se sustenta pela produção de cuidado criativo, silencioso, arisco, paciente, observador ... que se produz nesses processos de trabalho, em produções micropolíticas do trabalho em saúde em ato.

## 3.2 Tecendo ponto a ponto o bordado-tese

### 3.2.1 Localizando as primeiras tecituras do bordado-tese

Então, chegara o momento tão esperado – adentrar o campo da pesquisa nos estabelecimentos hospitalares, neste caso, o arquivo médico! Ali, retomei meu devir bordadeira, enquanto sujeito implicado, e fui lentamente expiando, (des)cobrando formas possíveis de avançar ponto a ponto na produção do bordado. Eram várias as opções e caminhos a escolher, pois, como um rizoma, diversas eram as entradas. Contudo, um campo de pesquisa tão rico e promissor como aquele merecia o emprego de ferramentas teórico-metodológicas potentes, que permitissem transbordar meu devir de bordadeira implicada na produção da trama daquele bordado filé que exercitei desde o início das produções de subjetivação com o processo da pesquisa.

Por isso, a chegada neste campo da pesquisa foi sempre cuidadosa, principalmente porque me propus a acompanhar os processos que ocorrem em seu cotidiano. Assim, “brincando de pensar” como exercício inicial, pus-me a refletir, instigada a partir de algumas questões sobre possíveis escolhas a fazer naquele momento: Como chegar? Por quais caminhos? Qual a melhor abordagem e como fazê-la? De que ferramentas lançar mão?, entre outras.

Ademais, arrisquei-me em experimentar alguns conceitos-ferramenta que pudessem efetivamente fazer do campo, espaço de conversa entre esta bordadeira implicada e o universo a pesquisar! Digo isto porque, à medida que aguicei meus sentidos para alguns aspectos do campo da saúde, gradativamente me reconhecendo enquanto sujeito implicado neste processo, compreendi o quanto seria vigoroso trazer para a cena outros conceitos, além daqueles que já empregava, que me permitissem aprofundar intensamente na micropolítica do trabalho vivo e suas produções de subjetividade, neste caso em um grupo de trabalho em especial – arquivo médico.

Para tanto, resolvi estreitar minha aproximação da AI<sup>72</sup> e incorporar outros conceitos-ferramenta além do de implicação que já vinha trabalhando há tempos na pesquisa. Conceitos que pudessem contribuir como “máquinas de fazer ver e de fazer

---

<sup>72</sup> René Lourau (1933-2000), sociólogo francês, juntamente com Georges Lapassade (1924-2008), Rémi Hess, sociólogo francês, Antoine Savoye, sociólogo francês, entre outros pensadores, partilharam de uma mesma abordagem teórica nominada de AI surgida na França nos anos de 1960 e 1970. Seus questionamentos eclodiram da percepção da atmosfera porque passava a própria sociedade francesa, da efervescência de acontecimentos precursores e desencadeadores dos movimentos de “Maio de 68” e suas reverberações pela Europa.

falar” (DELEUZE, 1996: 84), revelar questões que poderiam ter passado despercebidas ao longo das investigações e proporcionar meu acesso ao campo.

Desta forma, tornou-se pertinente abrir conversa com algumas produções e as formulações de René Lourau acerca da Análise Institucional. Para isso, achei interessante ampliar este diálogo apresentando de forma sucinta considerações sobre algumas de suas produções, antes mesmo de avançar sobre os conceitos-ferramenta de que dispus para auxiliar minha entrada e permanência no campo.

Segundo Lourau, a teoria da AI, enquanto “campo de coerência”, tem na Socioanálise seu método de intervenção que, ao se aplicar a estabelecimentos (escolas, hospitais, empresas), funda-se a partir de uma série de procedimentos com pactuações entre as partes por meio de negociação contratual além de outros trâmites. Seu estudo também se fundamentava em multirreferencialidades (1993), afirmando que, ao “contrário da ideia de ‘originalidade das ideias’” (1993: 10), seria possível se partir para a construção de novo campo de coerência por meio de referenciais, de diferentes métodos e de conceitos já existentes.

Entretanto, Lourau, ao tomar de “empréstimo” alguns conceitos, não o fez de forma gratuita; ressignificou-os, fundamentando-os a partir de sua própria vivência, tanto das crises de ideias, quanto das de ideais que ocorreram com a/na sociedade europeia nas décadas de 1960-70. Evidenciaram-se, especificamente, aspectos pertinentes ao tema da autogestão. Seus estudos trataram das contradições presentes na relação ou no encontro entre os trabalhadores em seu cotidiano de atividades em diversos estabelecimentos (empresas, escolas, hospitais etc.), especialmente na sociedade francesa.

Segundo Gilles Monceau (2008),

essa temática [autogestão] parecia algo bem antigo, um conceito muito ligado aos anos de 1960, 1970, e em particular a maio/68. Naquela época, particularmente nos anos de 1970, muitos grupos funcionavam sob o modelo da autogestão, tanto em empresas pequenas quanto em estabelecimentos de ensino. [...] A ideia era que o funcionamento de autogestão de certos grupos permitia analisar as instituições e seus modos de gerenciamento instituídos e burocratizados. [...] Os militantes da autogestão tiveram e, ainda têm hoje, conflitos muito tensos com marxistas, por exemplo. [...] Os marxistas, por muito tempo, acusaram as pessoas que trabalham com autogestão de impedir a revolução, porque elas inventam, localmente, formas alternativas de funcionamento, independente de uma revolução. (p. 20).

Por outro lado, o próprio René Lourau sustentou o “conteúdo de classe” na AI ao fundamentar seu entendimento acerca da análise coletiva, afirmando que

alguns marxistas criticam a análise institucional por desprezar o “conteúdo de classe” das instituições (que nomeiam impropriamente aparelhos de Estado ou aparelhos ideológicos de Estado, inspirados nisso por uma interpretação muito plana e cartesiana de Gramsci), subentendem que eles, os marxistas autoproclamados, possuem de uma vez por todas o conhecimento das relações de classe que se escondem ou se manifestam num local da prática social. A análise institucional, seguindo nisto Marx e não os “marxistas”, tenta reencontrar este “conteúdo de classe”, na análise colectiva e em situação, porque este “conteúdo” não é dado “a priori” por meio de um esclarecimento “objetivo” saído da manga do mágico: surge na crise, na contradição, na luta, na ginástica “dialética” sobre o papel branco. (LOURAU, 1976: 34).

E ainda,

O socioanalista, diferentemente do teórico “marxista”, trabalha no não-saber. “É no *interior* do movimento de pensamento marxista que descobrimos uma fala”, diz Sartre (p. 107), “na medida em que, a despeito dele mesmo, o marxismo tende a eliminar o inquiridor da sua investigação e a fazer do inquirido o objeto de um Saber absoluto”. O socioanalista não tem uma partitura musical pronta, conhecida de cor, e destinada a fazê-lo entoar seja em que circunstância for a ária da luta de classes, essa famosa ária cujas palavras são incompreensíveis para o público do “galinheiro” e que basta ao menor tirano atingido de “liberatices” para obter o seu “brevet” de revolucionário (...). (Idem).

Entretanto, o chamado campo de coerência da AI passou por diferentes momentos, desde a psicoterapia institucional (revolução psiquiátrica em meados dos anos de 1930), passando pela pedagogia institucional até alcançar arranjos necessários para a formulação de conceitos operatórios da socioanálise, a partir da década de 1960. Nesta, alguns conceitos passaram a ser mais bem trabalhados, fortalecendo o entendimento da AI enquanto uma teoria e socioanálise enquanto método de intervenção.

Dentre os conceitos formulados pela AI, o de instituição alcançou primazia. Foi a partir de questões relativas à dimensão que se travou entre o instituído e o instituinte nos anos de 1960 que ocorreram mudanças em padrões vigentes à época. Além de diferenciá-lo, o autor fez crítica considerável ao emprego abusivo e reducionista que o termo recebeu ao longo do tempo. “Infelizmente, a ideia de instituição como algo objetivo domina quase todas as ciências sociais” (LOURAU, 1993: 11). Para ele, a maneira inadequada com que se empregava o termo autorizava que se pensasse a instituição como qualquer forma de organização material ou jurídica; além de padecer de certa polissemia, “o problema consiste precisamente em encontrar para ele [conceito] um sistema de referência rigoroso, nitidamente separado dos conceitos ideológicos nos

quais ainda por muito tempo se continuará a empregá-lo abusivamente” (LOURAU, 1975: 135).

Entretanto, Solange L’Abbate, ao abordar a obra de René Lourau de 1975, *Análise Institucional*, destaca de forma sistematizada uma leitura possível, para além de tal emprego, quando afirma que este autor

considerava toda instituição, “desde o salário até o casamento”, como sendo o resultado da articulação entre três momentos: o momento da universalidade ou o instituído, pelo qual a instituição é reconhecida e nomeada; o momento da particularidade ou o instituinte, que não cessa de negar o momento anterior; e o momento da singularidade, resultado da relação dialética entre os dois momentos anteriores, que é a institucionalização, mediante a qual a instituição é tensionada e se atualiza na ação dos sujeitos que a constituem. (L’ABBATE, 2012: 199).

Portanto, o autor formulou um conceito com o intuito de aprofundar os diversos níveis de contradição que estão presentes no instituído e que, por vezes, produzem efeitos singulares no interior de grupos instituintes, revelando outras possíveis Instituições. Desta forma, identifiquei o conceito “instituição” elaborado como importante aliado para o processamento do material recolhido na pesquisa e sua análise. A princípio, este me permitiu reconhecer e diferenciar na dinâmica laboral distintos grupos de trabalhadores envolvidos com o ato de cuidar. A partir deste entendimento, foi possível perceber como se estabeleciam relações, arranjos e estratégias entre tais grupos na condução de suas rotinas ao formularem seus próprios *acordos, regras, normas e, principalmente, suas próprias verdades no exercício das ações diárias*, garantindo-lhes a condição de Instituição.

Por outro lado, à medida que trabalhei no plano da micropolítica do processo de trabalho em saúde, foi possível estabelecer como se configuravam cenários de disputas que permeavam as relações entre os grupos de trabalhadores nas distintas Instituições.

Do material recolhido foi possível explorar a maneira como diferentes grupos de trabalhadores conduziam suas rotinas no processo de trabalho. Ao formularem seus acordos, regras, normas e, principalmente, suas próprias verdades no exercício das ações diárias, restringindo a seus pares o domínio destas formulações, estruturavam-se internamente estabelecendo arranjos e estratégias próprias para exercer suas atividades, constituindo-se em Instituições. Neste movimento, tornou-se pertinente reconhecer e diferenciar dinâmicas do processo de trabalho do arquivo médico, da enfermagem, da

medicina, da gestão, entre outras áreas, em ambos os estabelecimentos hospitalares; e, principalmente, tomá-los enquanto Instituições, o que foi fundamental para o prosseguimento da análise do material produzido ao longo da investigação.

Sendo assim, a partir da perspectiva da Análise Institucional e de posse de algumas contribuições conceituais de Lourau, foi possível (re)conhecer o arquivo médico em seu processo de *institucionalização*, devido a aspectos que o constituem (as formas de agir próprias aos seus trabalhadores, suas normas e regras, suas contradições e negociações, suas afecções, suas práticas, seus arranjos, seus regimes de verdade, seus atravessamentos, entre outros), e o diferenciam de outras Instituições do campo da saúde. Até porque outras Instituições que carregam consigo marcas que as forjaram relacionam-se, direta ou indiretamente, com o arquivo médico, quais sejam: enfermagem, medicina, usuários, gestão etc.

A partir desse momento, avançar na pesquisa representou uma nova etapa da investigação. A escolha já estava definida entre dois parâmetros: registro das observações e entrevistas. Porém, foi importante estabelecer quais elementos empregaria para efetivar tanto os registros, como definir o tipo de entrevista, na medida em que estava me propondo a trabalhar com ferramentas conceituais da AI.

Na perspectiva da AI, uma excelente ferramenta para captura dos registros no campo da pesquisa é a técnica do diário de pesquisa. Segundo Luciane M. Pezzato e Solange L'Abbate (2011),

(...) o diário é uma escrita do presente, “uma escrita para si (individual ou coletivo)”, uma escrita transversal, de fragmentos, pois o vivido é praticamente impossível de ser redigido, dada sua complexidade. (p. 1303).

E, ainda,

(...) é uma ferramenta de intervenção que tem o potencial de produzir um movimento de reflexão da própria prática, na medida em que o ato da escrita do vivido, no âmbito individual ou no coletivo, é o momento de reflexão sobre e com o vivido, revelando o não dito e pressupondo a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisar. (Idem).

Esta técnica não se restringe apenas à pesquisa, mas ao processo de pesquisar, porque é por meio do diário que a fala do pesquisador aparece, na medida em que seus registros funcionam como narrativas silenciosas. Ao acompanhar o cotidiano do campo, em sua atividade diarista, o pesquisador implicado cria e recria seu pensar a partir de um olhar atento aos processos de produção micropolíticos e de subjetivação que ocorrem na

Instituição, porque, afinal, “o diário nos permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo (não o ‘como fazer’ das **normas**, mas o ‘como foi feito’ da **prática**)” (LOURAU, 1993: 77).

Portanto, dentre os tipos de diários disponíveis (de pesquisa, íntimo ou pessoal, de viagens, institucional, dos momentos, de formação, filosófico) que trazem em si características próprias, escolhi aquele que me permitiu perceber os acontecimentos produzidos ao longo da investigação – diários dos momentos. Considerei-o o mais apropriado o diário dos momentos, pois este é capaz de acionar no pesquisador implicado certa tomada de consciência do vivido, permitindo-lhe nomear e estruturar o momento (momento de criação, momento de trabalho), identificando-o novamente, a partir de seus critérios conhecidos, ligados aos elementos constitutivos de sua situação.

Pezzato *et al* (2011) informam que para

Hess (2006), [...] nós não temos meios de agir sobre o instante nem sobre as situações (imprevisíveis) a não ser devolvendo um sentido de improvisação que permite fazer em face de este imprevisto. Ao contrário, a condição de ser “conscientizado, refletido, desejado”, o momento, porque ele vem, porque ele se torna conhecido cada vez melhor acaba por “se instituir”, se deixa desenvolver de novo, despregar em uma história pessoal ou coletiva. Seu autor lhe dá forma e ele, por sua vez, dá forma a seu autor. (p. 1304-1305).

Enquanto ferramenta da pesquisa, o emprego deste diário possibilitou tornar minha entrada no campo mais tranquila porque pude estabelecer como estruturar melhor os momentos que se apresentaram “especiais” na observação e mereciam seu registro. Estes foram considerados especiais porque, de certa forma, além do *seu autor lhes dar forma e eles, por sua vez, darem forma a seu autor*, colaboram no processo de “depuração” daquilo que o constituirá na interlocução direta com o que for produzido pelas fontes a partir das entrevistas.

Ademais, este tipo de diário foi fundamental para estabelecer o tipo de entrevista que levaria ao campo. Como a etapa das entrevistas ocorreu meses depois da minha entrada na Instituição arquivo médico, os registros de meu diário contribuíram decisivamente para sua escolha. Observei que em minhas narrativas diaristas transformadas em texto alguns temas se tornaram recorrentes. Como dispositivos, percebi que ali estavam questões pertinentes ao grupo de trabalhadores e poderiam agir como *máquinas de fazer ver e de fazer falar*. Sem qualquer sombra de dúvida, assim surgiu o tipo de entrevista que empreguei como outra ferramenta necessária para minha entrada no campo – entrevista temática. Este tipo de entrevista foi resultante da

interlocução entre a bordadeira implicada e as produções de subjetivação que brotaram em mim a partir das narrativas que produzi no diário dos momentos.

Desta forma, já contava com os três elementos básicos para dar início ao que chamei de *momento tão esperado* no início deste item na perspectiva da AI – a bordadeira implicada, o diário dos momentos e a entrevista temática.

Contudo, ainda havia uma questão conceitual a equacionar para, efetivamente, dar proceguimento à pesquisa na Instituição arquivo médico dos estabelecimentos hospitalares IFF e IPPMG. Como abordar questões que me atravessavam enquanto sujeito implicado, ao repercutir o material fornecido pelas duas fontes – diário dos momentos e entrevista temática?! Em diversos momentos, alguns “ruídos surdos” que esta Instituição arquivo médico produziu na relação cotidiana com outras Instituições em seu processo de trabalho (enfermagem, medicina, usuários, gestão etc.), permitiram-me (re)conhecer que algo no plano das disputas se travava ali, em ato, mas me faltavam elementos suficientes para fazer falar aquela língua que eu supunha menor. De fato, necessitava lançar mão de algum recurso vigoroso para dar sentido a todo aquele material que estava ao meu alcance e aguçou meus sentidos durante o processo de investigação.

Por outro lado, teria que ser uma potente ferramenta conceitual, que possibilitasse à Instituição revelar-se enquanto fonte, permitindo uma leitura mais apurada, tanto das narrativas inscritas em meu diário quanto das obtidas pelas entrevistas temáticas sobre a micropolítica do trabalho em saúde em seus processos de subjetivação no dia a dia. Para isso, mais uma vez recorri à Análise Institucional e, outra vez mais, ampliei minha caixa de ferramenta com o conceito “analisador”.

Este traz em si características relevantes. Torna-se um instrumento potente à medida que contribui para a revelação de questões pertinentes às Instituições, aos seus processos de trabalho que, no cotidiano, passaram despercebidas ou foram “necessariamente” sucumbidas. Ou mesmo, no caso desta tese, contribuíram para o (re)conhecimento de alguns arranjos de produção de vida provocados, provavelmente, pelo desencadear de efeitos pororoca responsáveis por inúmeras produções de singularidades.

Em síntese, o analisador “é aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (LOURAU, 1975: 284). Situações que propiciaram aparecimento de analisadores

não surgiram abruptamente, com puras encarnações da negatividade da instituição, mas se manifestam pouco a pouco em relação de oposição ou de complementaridade como “dirigentes” concorrentes ou rivais. [...] Em última análise o analisador é sempre material. O corpo é um analisador privilegiado. (Idem, 285; 288).

Para isso, torna-se indispensável trazer para acena e explicitar como ocorreram arranjos e processos vigorosos na “ocupação” da Instituição arquivo médico em cada um dos estabelecimentos hospitalares, além das etapas que o constituíram.

### 3.2.2 Com quais arranjos constituí meu campo de pesquisa?

Como em toda pesquisa, creio que minha trajetória experimentou alguns percalços que hoje considero vigorosos. Como já expus anteriormente, submeti meu projeto ao CEP do IPPMG em 12/01/2013 e só obtive aprovação em 27/07/2013. A partir desta data, iniciei-me enquanto pesquisadora diarista. Contudo, durante os seis meses à espera do aceite, entre idas e vindas com retificações e ajustes do material submetido ao CEP, além de consolidar o projeto, trabalhei na revisão bibliográfica.

Por outro lado, já tinha alguma familiaridade tanto com as dependências do espaço físico do próprio arquivo médico do estabelecimento hospitalar IPPMG, como com o seu grupo de trabalhadores. Estivera naquele lugar, junto a alguns de seus integrantes, aproximadamente, entre o período de quatro a seis meses durante a pesquisa do *Projeto Gestão* de 2006. Alguns deles nos acompanharam na tal pesquisa e ainda integravam aquela Instituição, tendo-nos conhecido naquela época; outros, para mim, eram tão novos personagens, como eu era para eles.

Contudo, a partir do momento em que estava autorizada a entrar e permanecer nas dependências da Instituição, tratei de tomar alguns cuidados: agora era eu que assumia todas as etapas da pesquisa, toda e qualquer interlocução estava remetida a mim. Então, como uma primeira medida a ser tomada nesta minha nova etapa de “gestora”, procurei a Instituição e agendamos dia e horário para minha primeira ida ao local com um objetivo bem traçado a alcançar, ou seja, o de expor a pesquisa, incluindo a apresentação de:

1. breve histórico – de onde eu vinha e de que lugar estava falando;
2. projeto de pesquisa e seu objetivo, disponibilizando-o àqueles que se interessassem pela leitura;
3. procedimentos para viabilizar a pesquisa: observação e entrevista;
4. combinações relativas à minha presença diária;
5. e, por fim, disposição para sanar dúvidas, responder questões que necessitassem de esclarecimentos, além de colher possíveis sugestões que poderiam surgir daquela exposição.

Reconheço que estes primeiros passos ou arranjos foram em parte burocráticos, mas não menos interessantes. Digo interessantes porque as reações iniciais “de cara” me afetaram. Aquelas pessoas que não me conheciam e que em poucos e rápidos momentos haviam cruzado comigo nas dependências daquele espaço ficaram ali atentas

a minha preleção e, ao final, colocaram-se tão disponíveis; neste caso, havia valido toda a angústia que vivi ao longo dos seis meses de espera pela aprovação do projeto. Creio mesmo que tenha sido uma recepção muito especial!

Naquela mesma ocasião, ao apresentar o TCLE<sup>73</sup> e explicitar qual a sua importância para efetuar as entrevistas daqueles que se dispuzessem a participar, procedi à distribuição do documento a todos e sua leitura, pedindo que me acompanhassem e me interrompessem, caso algum item de seu conteúdo deixasse dúvidas quanto ao seu entendimento. Destaquei que usaria nomes fantasia quando fizesse referência a algum dos depoimentos no corpo da tese, deixando clara a prática de a preservação da identidade dos participantes. Inicialmente, obtive a adesão de cinco dos integrantes da Instituição sem qualquer objeção, num total de oito trabalhadores entre homens e mulheres; cinco deles eram do quadro efetivo do estabelecimento e os demais contratados de uma prestadora de serviços à universidade. Em seguida, informei-os de que num primeiro momento me ateria a fazer acompanhamentos diários, de preferência me colocaria em algum lugar da sala que não representasse incômodo as suas atividades, e que as entrevistas só ocorreriam depois de algum tempo de observação.

Acompanhei as atividades nessa Instituição diariamente durante ininterruptos quatro meses, de agosto até novembro de 2013. A partir de dezembro, iniciei a etapa de entrevistas. Desde meados de novembro, já me dividia entre a Instituição arquivo médico do IPPMG e a do IFF.

Inicialmente, no IPPMG, observava atentamente como ocorriam os processos de trabalho ao longo das nove, ou até dez horas diárias, caso houvesse alguma urgência. De segunda a sexta-feira a Instituição iniciava seus trabalhos a partir das sete horas da manhã, acompanhando a abertura do atendimento à Instituição usuário na sala de Triagem/Acolhimento; encerrando os mesmos ao término do expediente do estabelecimento hospitalar.

Ao longo daquele tempo, à medida que passei a dominar melhor a dinâmica de seu cotidiano, diversas vezes fui convidada a acompanhá-los no café da manhã, no almoço ou no lanche da tarde. Como o serviço não poderia parar, havia uma agenda de atividades a cumprir, eles se revezavam numa saleta improvisada minúscula, “copa”, como chamavam, onde se concentravam uma mesa com quatro cadeiras, geladeira,

---

<sup>73</sup> Anexos: Figura 9 - IPPMG, p. 153.

pequeno armário, microondas e alguns objetos de uso diário. Além disso, algumas vezes, chamavam-me para ver ou acompanhar alguma situação que entendiam ser importante para minha investigação.

Nos últimos dois meses em que estive nessa Instituição, iniciei o processo de entrevistas, dentro das possibilidades de espaço na agenda apertada dos trabalhadores, pois as fazia no próprio período de trabalho, em uma das salas que compunham o espaço físico e se destinava à pesquisa documental. Naquele momento, efetivamente passei a contar com o mesmo número inicial de adesões para a entrevista, cinco. Contudo, havia ocorrido uma mudança entre aqueles que se dispuseram inicialmente a participar e outros que ainda não teriam decidido; um dos integrantes do grupo com vínculo precário foi despedida e um outro que, *a priori*, negou-se a participar, colocou-se disponível a integrar e colaborar com a pesquisa enquanto entrevistado.

Como mencionado acima, no último mês em que estive no IPPMG, iniciei minha incursão na Instituição arquivo médico do estabelecimento hospitalar IFF. Minha entrada nesta Instituição foi bem mais “suave”. Creio que esta suavidade se deva a duas razões: uma seria minha própria filiação enquanto funcionária da FIOCRUZ e este estabelecimento integrar um de seus conjuntos de unidades-técnicas científicas; e outra está diretamente referida a sua condição de coparticipante da pesquisa, coparticipação que obtive sem desgaste algum ao submeter meu projeto ao CEP do IFF, que o aprovou imediatamente.

À princípio, com relação a minha entrada na Instituição, acreditava que pouco teria de novo a considerar, pois minha experiência no IPPMG teria me dado “régua e compasso” suficientes para acompanhar qualquer Instituição arquivo médico hospitalar daquela data em diante.

“Ledo engano!”

Realmente, considero ter sido muito especial minha experiência no IPPMG. No IFF, entretanto, foi mais difícil. Creio que, quando lá cheguei, coloquei-me “armada” de suposições sobre o que havia vivido, mesmo reconhecendo ambas Instituições a partir da perspectiva da Análise Institucional, segundo a qual o conceito de Instituição traz em si questões a serem reveladas, devido a *aspectos que a constituem (suas próprias formas de agir, suas normas e regras, suas contradições e negociações, suas afecções, suas práticas, seus arranjos, seus regimes de verdade, seus atravessamentos, entre outros)*. Talvez tenha subestimado a capacidade da produção de subjetivação que os grupos desenvolvem em seus micropolíticos processos de trabalho em saúde. Estava ali,

agora, em outra Instituição arquivo médico, portanto, referida às questões e a relações no âmbito de outro estabelecimento hospitalar, o IFF.

Nesta, permaneci de meados de novembro de 2013 até fevereiro de 2014. No início, dividia-me com o arquivo médico do IPPMG, porque estava procedendo a sua etapa de entrevistas. Ressalto que também apresentei ao grupo de trabalhadores do IFF a apresentação sobre os procedimentos da pesquisa. Agendamos algumas datas por grupos de trabalhadores, porque a organização de suas atividades diárias era bem diferente daquela que havia encontrado no IPPMG, e repeti todas aquelas explicações sobre a pesquisa, TCLE<sup>74</sup> etc.

O arquivo médico de cada uma das duas instituições hospitalares apresentava composição própria, totalizando 21 trabalhadores. O arquivo do IPPMG contava com 07 trabalhadores, 04 homens e 03 mulheres, apresentando níveis de escolaridade variados: 01, com nível superior completo e 02, incompletos; 03 deles com nível médio e 01 com o ensino fundamental. Destes, 05 eram servidores públicos e os outros 02, terceirizados. Todos os trabalhadores aprenderam o ofício a partir da prática cotidiana, sem formação específica para a área, na medida em que eram deslocados para este setor por alguma razão; em geral, devido à falta de contingente suficiente para atender a demanda hospitalar. Dentre estes, um assumia a chefia frente ao coletivo, num sistema de rodízio entre os que eram servidores. Contudo, mesmo que houvesse uma divisão de tarefas entre eles (tirar prontuário da estante por posto, conferir agenda, levantar pasta, liberar documentos para pesquisa etc.), todos assumiam as atividades diárias coletivamente, para o caso de ausência momentânea ou falta de trabalhador.

No arquivo médico do IFF, havia um total de 14 trabalhadores: 11 homens e 04 mulheres. Destes, 03 tinham nível superior completo e 02 incompletos; 05 com ensino médio e 04 com ensino fundamental. Apenas 03 eram servidores públicos e o restante era terceirizado. Como a dinâmica deste arquivo médico era diferente da do IPPMG, dada sua especificidade enquanto maternidade-escola, 03 trabalhadores se revezam no atendimento ao público (confeção do cartão SUS, liberação de documentos para reprodução, abertura de fichas etc.), 01 respondia pela movimentação diária (agenda e controle na devolução dos prontuários), e os outros eram responsáveis pela rotina (tirar prontuário da estante por posto, conferir agenda, levantar pasta etc.), alternando suas

---

<sup>74</sup> Anexos: Figura 13 - IFF, p. 157.

funções devido à condição de diarista e/ou plantonista. Neste arquivo, 02 de seus integrantes (NE1 e NE2) apresentavam necessidades especiais (deficiência auditiva).

Entretanto, havia uma diferença marcante entre os integrantes do setor de arquivo médico nas duas Instituições. No arquivo do IFF, parte de seus integrantes era composta de diaristas (08) que trabalhavam em turnos de 8 horas, das 07h às 16h; parte, por plantonistas (06), distribuídos da seguinte forma: um grupo trabalhava 12 horas, com descanso de 36 horas; outro, 24 horas, com descanso de 72 horas. Estes últimos geralmente se revezavam também aos finais de semana. Esta distribuição se explica porque o IFF tem uma dupla função: estabelecimento hospitalar materno-infantil, funcionando 24 horas.

Uma característica interessante foi a ocorrência de 05 integrantes do grupo estarem inaptos à entrevista por terem menos de 05 anos na instituição e 01 deles por terem menos de 21 anos de idade, assim, “ferindo” dois critérios estabelecidos no projeto: tempo de permanência na Instituição e limite de faixa etária. Sendo assim, do grupo de 14 trabalhadores, apenas 06 de seus integrantes estariam aptos à entrevista, mas somente 04 se dispuseram a participar. Destes, 03 eram diaristas e 01, plantonista, sendo todos terceirizados.

Por outro lado, ter acompanhado o cotidiano do processo de trabalho desta Instituição, devido à excepcionalidade de sua organização, possibilitou-me vivenciar três momentos distintos: semanalmente, acompanhava o grupo no expediente das 8h às 16h; em alguns dias, no plantão de 12 horas ou 24 horas; e nos plantões de alguns fins de semana. Ademais, como este estabelecimento hospitalar tinha a função de maternidade-escola, no espaço físico da Instituição arquivo médico havia duas salas anexas que concentravam outras atividades para atender às especificidades deste estabelecimento: uma destinada à estatística; e, outra, ao faturamento. Creio que, de certa forma, a composição espacial desta Instituição também tenha proporcionado a ampliação de seus processos de subjetivação a partir da variedade frequente de encontros, atravessamentos, agenciamentos, favorecendo a produção de micropolíticas do trabalho vivo em ato na condução de seu processo de trabalho.

Para dar conta destas e de outras questões que foram surgindo ao longo de minha condição de pesquisadora-bordadeira-implicada-diarista no dois estabelecimentos (IFF e IPPMG), a opção pelo registro daqueles acontecimentos na ferramenta diário dos momentos se tornou apropriada tendo em vista a variedade de situações que passei a experimentar durante a pesquisa de campo. Neste caso, à medida que acompanhava todo

o processo de trabalho dos grupos, ao chegar em casa, escrevia em meu caderno de notas aqueles aspectos que me haviam afetado e contribuíssem para dar voz à Instituição arquivo médico. Considerei esta ferramenta potente porque também me permitia trabalhar com mais recursos, além daqueles fornecidos nas entrevistas pelos participantes, para alavancar possíveis conceitos analisadores, ampliando minha caixa de ferramentas.

Dei início às gravações das entrevistas temáticas do arquivo médico de cada estabelecimento (IFF e IPPMG) com aqueles integrantes de cada um dos grupos que se dispuseram a participar. Estas ocorreram no último mês em que estive em cada campo da pesquisa. A estratégia empregada foi a mesma para ambos os grupos: informava-os, antes mesmo de começar a gravar, que discorreriam a partir de um determinado tema e, em caso de dúvidas, que as apresentassem. O primeiro tema escolhido foi “processo de trabalho”. Inicialmente, pensei neste tema porque o considerei capaz de abranger e contemplar alguns assuntos que nortearam minha própria pesquisa, incorporando, assim, questões que ocorressem no cotidiano do processo de trabalho das Instituições e, possivelmente, contribuiriam para revelar seus próprios meandros.

De acordo com o próprio TCLE, os entrevistados enquanto participantes tiveram suas identidades preservadas. Portanto, estabeleci o seguinte critério para resguardar os participantes: IPPMG – **P1** a **P5**; IFF – **P6** a **P9**. Desta forma, garantiria aos participantes total anonimato. Além disso, usei outros critérios para preservar a identidade de todos que, de alguma forma, estariam presentes nas narrativas dos participantes: **colega1**, **colega2**, assim por diante, para os outros integrantes do grupo; **mensageiro**, para o estabelecimento que contasse apenas com um assistente; **mensageiro1**, **mensageiro2**, assim por diante, para situações com mais de um assistente ou recepcionista; **D1**, **D2**, assim por diante, para médicos; **CH1**, **CH2**, assim por diante, para todos os gestores; e, **X**, para designar qualquer outro integrante dos quadros de ambos estabelecimentos hospitalares que foram identificados pelos entrevistados ao longo de seus depoimentos. Além disso, optei por substituir a identificação de todas as especialidades clínicas e setores que surgiram ao longo das entrevistas pelo símbolo #, devido à possível exposição tanto de seus trabalhadores como dos próprios estabelecimentos. Programas de informática implantados no sistema e empresas que prestam serviço especificamente ao setor e/ou ao estabelecimento tiveram suas identidades substituídas pela letra **W**.

Posteriormente, todas as entrevistas gravadas foram transcritas e fornecidas aos entrevistados para que estes procedessem à conferência de fidelidade de seus depoimentos. Mediante a liberação por parte destes, passei à análise do material. Desta maneira, pude dar início ao trabalho com o material fornecido pelos participantes, fazendo sempre a interlocução deste com as narrativas de meu diário dos momentos, além da minha própria produção enquanto bordadeira implicada.

### **3.3 Os campos da pesquisa em destaque: IFF e IPPMG**

Neste momento, também considere imprescindível trazer, de forma sucinta, um pouco do que consegui resgatar da história do arquivo médico em seus estabelecimentos hospitalares. Talvez este exercício espaço-temporal seja necessário para afagar a geógrafa que me criou e me possibilitou estar aqui agora.

Além do mais, creio que esta outra entrada neste bordado rizomático, possa trazer contribuições para o entendimento dos processos de subjetivação que acarretam produções micropolíticas do processo de trabalho em saúde tecidas na Instituição arquivo médico e, também responsáveis por moldarem as edificações com sua presença. Portanto, trago aqui esta ‘pitadinha’ de cada um destes estabelecimentos hospitalares (IFF e IPPMG) e seu arquivo médico correspondente.

### **3.3.1 Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/IFF<sup>75</sup>**

Centenário da Independência, 1922! Ano da inauguração do Hotel Sete de Setembro, criado para acomodar as comitivas estrangeiras para as comemorações do Centenário. Localizado no bairro do Flamengo, zona sul da cidade do Rio de Janeiro, Avenida Rui Barbosa, em frente à enseada de Botafogo, foi reformado e adaptado para receber as instalações do Hospital Arthur Bernardes, para atender exclusivamente “a maternidade e a primeira infância”, em 1924.

Aperfeiçoado, passa a se chamar Abrigo Hospital Arthur Bernardes, ampliando suas atividades no atendimento de recém-nascidos e suas mães. Antônio Fernandes Figueiras (1863-1928), chefe da Inspetoria de Higiene Infantil do Departamento de Saúde Pública do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, foi o primeiro médico a defender a presença de mães e seus filhos na mesma enfermaria. Foi também responsável pela política de proteção à primeira infância e à maternidade.

Em 1946, no governo de Eurico Gaspar Dutra (1883-1974), depois de atingir notoriedade como centro de pediatria brasileiro, colaborador de estudos nesta área da medicina, o Instituto Nacional de Puericultura passa a se chamar Instituto Fernandes Figueira. Ademais, a partir dessa época assumiu o papel de Centro Científico, responsável em promover pesquisas voltadas aos cuidados com a higiene, à medicina da criança, aos estudos e pesquisas biomédicas sobre maternidade, infância, adolescência e problemas sociais correlatos.

Durante a presidência de Juscelino Kubitschek (1902-1976) é inaugurado o prédio próprio do Instituto. Somente em maio de 1970, foi incorporado à FIOCRUZ, tornando-se uma de suas Unidades técnico-científicas.

A partir de 2006, o hospital passa a ser reconhecido como hospital ensino e, em 2010, como centro de referência pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, recebendo a denominação de Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Enquanto Unidade técnico-científica, tem a missão de promover a saúde da mulher, da criança e do adolescente e melhorar a qualidade de vida desse grupo. Tal missão deve ser alcançada por meio de ações integradas e articuladas, ações de pesquisa, ensino, assistência e atenção integral à

---

<sup>75</sup> Anexos: Fotos 6-10 **IFF**, p. 164/165.

saúde, cooperação técnica em nível nacional e internacional e desenvolvimento e avaliação de tecnologias, oferecendo subsídios à execução e formulação de políticas públicas nacionais. Neste mesmo ano, tornou-se órgão auxiliar do Ministério da Saúde, com a atribuição de desenvolver, coordenar e avaliar as ações integradas, direcionadas à área da saúde feminina e infanto-juvenil em âmbito nacional.

O IFF desenvolve um programa de aleitamento materno que foi reconhecido pela OMS, pelo UNICEF e pelo MS. Tem em seu currículo diversos títulos, dentre eles: Prêmio da OPAS, por suas ações e iniciativas bem sucedidas no âmbito do desenvolvimento humano no hemisfério sul; o Prêmio Sérgio Arouca de Saúde e Cidadania para o BLH e o Prêmio Leila Diniz – Pré-natal e Parto Seguros e Saudáveis.

Desde 1988, conta com um PPGSCM, formando professores e pesquisadores. Em 2011, foram criados cursos de mestrado e doutorado em pesquisa aplicada à saúde da criança e da mulher.

Além disso, atua na área da cooperação internacional em saúde pública, em trabalho conjunto com o Instituto de Comunicação, Ict/FIOCRUZ. Esta cooperação ocorre com nações ibero-americanas, do continente africano, e por meio do projeto multilateral desenvolvido com a França para ações comuns no Haiti e capacitação de gestores no contexto da gestão hospitalar.

Esta unidade da FIOCRUZ tem como objetivos:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde da população, com ênfase na redução das desigualdades e iniquidades sociais, no acesso a serviços e nas condições promotoras de saúde.
- Fortalecer políticas de sustentabilidade técnica e econômica do SUS.
- Atualizar processos estratégicos deste estabelecimento hospitalar, focos centrais de atuação e ações embasadas nas diretrizes que norteiem o alcance de resultados.
- Gerir recursos tangíveis e intangíveis para o desenvolvimento do IFF.

## Figura 2



Fonte: Relatório de Atividades 2009-2012, IFF/FIOCRUZ, 2013, p. 03.

O IFF tem como eixo de atuação a seguinte estrutura:

## **Estrutura da Atenção à Saúde**

### **Eixos de reorganização:**

- Áreas de Atenção do IFF – organização da Atenção em suas grandes áreas, considerando seu público-alvo e focos de atenção.
- Unidades de Produção – cada Área de Atenção abrange um conjunto de UP, compostas a partir da formação de equipes multiprofissionais que compartilham um processo de cuidado comum e identificando processos de sustentação.
- Colegiados Gestores – espaços deliberativos multiprofissionais – locais compostos por representação da equipe de determinada UP e de áreas compostas por todas as gerências da UP.

### **Áreas de Atenção e suas UP e gerências:**

1. Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Mulher
  - 1.1 – Internação/Centro Cirúrgico
  - 1.2 – Ambulatório
2. Área de Atenção Clínico-cirúrgica à Gestante
  - 2.1 – Pré-natal
  - 2.2 – Enfermaria
  - 2.3 – Alojamento Conjunto
  - 2.4 – Medicina Fetal
  - 2.5 – Centro Obstétrico
3. Área de Atenção Clínica ao Recém-nascido
  - 3.1 – UTI
  - 3.2 – UI
  - 3.3 – Canguru
  - 3.4 – Ambulatório de Follow-up
  - 3.5 – Laboratório de Fisiologia Pulmonar
4. Área de Atenção Clínica a Criança e Adolescente
  - 4.1 – UPI
  - 4.2 – PADI
  - 4.3 – UI
  - 4.4 – UPG
  - 4.5 – DIPe

4.6 – Ambulatório

**5. Área de Atenção Cirúrgica a Criança e Adolescente**

5.1 – Centro Cirúrgico

5.2 – UTI Neocirúrgica

5.3 – Enfermaria

5.4 – Ambulatório

**Centros de Referência e suas gerências:**

1 – Banco de Leite Humano

2 – Genética Médica

**Coordenações Técnicas**

1 – Enfermagem

2 – Fisioterapia

3 – Fonoaudiologia

4 – Medicina

5 – Nutrição

6 – Saúde Mental

7 – Serviço Social

8 – Terapia Ocupacional

**Coordenações Diagnósticas Terapêuticas**

1 – Anatomia Patológica

2 – Central de Material e Esterelização

3 – Farmácia

4 – Hemoterapia

5 – Patologia Clínica

6 – Radiologia

**Núcleos**

NAPEC

NIR

NHV

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

## Saúde e Brincar

### **Estrutura do Ensino**

#### **Eixos de reorganização:**

- Eixos formadores – organização do ensino em suas grandes áreas, considerando seu público-alvo e focos de formação.
- Unidades de Produção – cada eixo formador abrange um conjunto de UP, compostas a partir das comissões já existentes e identificando processos de sustentação.
- Colegiados Gestores – espaços deliberativos multiprofissionais – locais compostos por representação da equipe de determinada UP, docentes e discentes e, de áreas, composto por todas as gerências das UP, docentes e discentes.

#### **Eixos de formação e suas UP e gerências**

1. Eixo de Graduação
2. Eixo Lato Sensu
3. Eixo Strictu Sensu
4. Apoio Acadêmico

### **Estrutura da Pesquisa**

#### **Eixos de reorganização:**

- Articulação com campos de pesquisa.
- Inserção transversal da pesquisa Clínica, Saúde Coletiva e Laboratórios nessas áreas.
- Identificação de processos transversais de sustentação – Núcleo de Inovação Tecnológica, Núcleo de Avaliação Tecnológica, Gestão de Projetos e Qualidade.
- Redesenho a ser validado na Câmara Técnica de Pesquisa.

### **Estrutura da Gestão e Desenvolvimento Institucional**

#### **Eixos de reorganização:**

- Identificação de seus processos de trabalho e pontos de intercessão entre as equipes.
- Articulação com o cliente que dispara o processo – cliente interno (áreas e centros de atenção) e cliente externo (usuário).

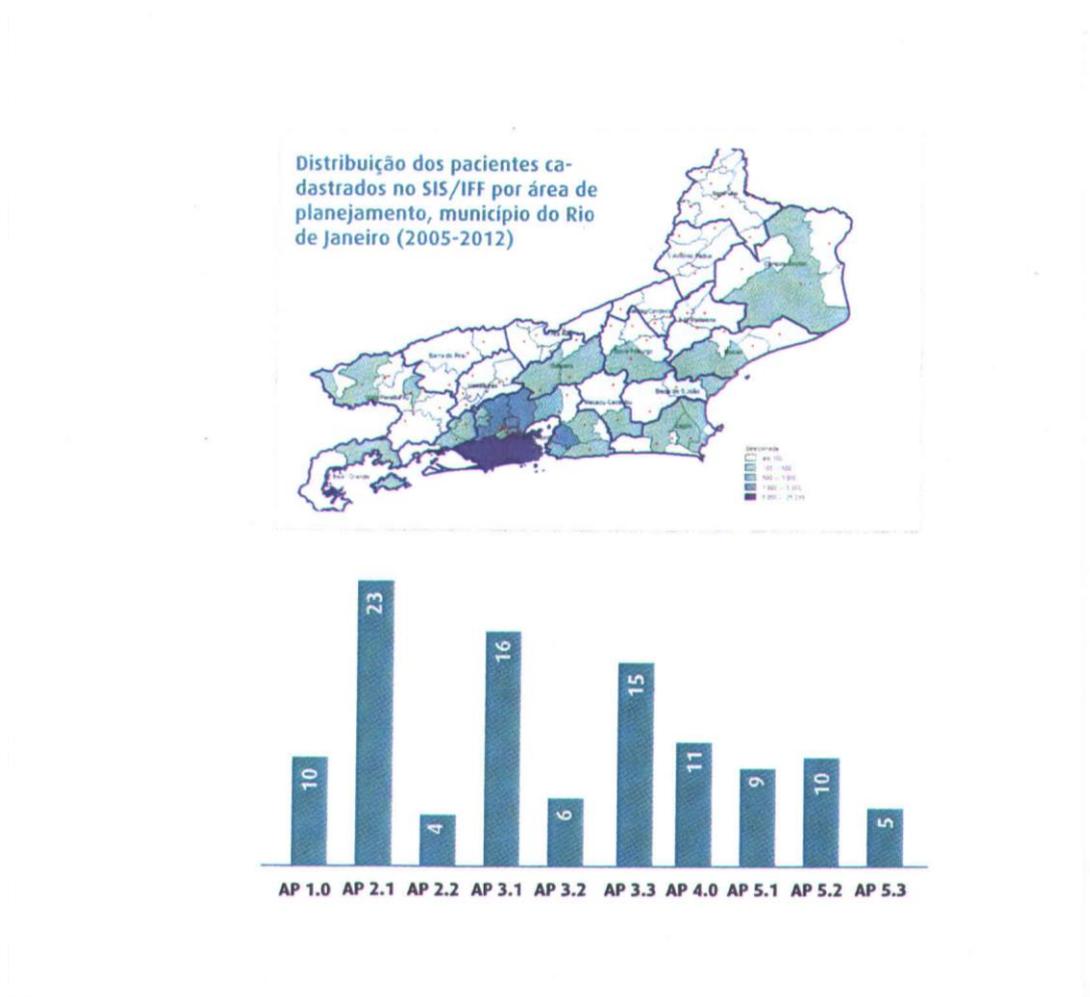
### **Capacidade hospitalar do IFF (2014)**

- Salas cirúrgicas – 08
- Leitos pré-parto – 01
- Salas de parto – 03

- Consultórios Ambulatoriais – 40
- Leitos ativos – 119
- Enfermarias de Cirurgia Pediátrica – 07
- UTI RN Cirúrgica – 06
- UPI Pediatria – 14
- UI Pediatria – 05
- DIPE – 11
- Obstetrícia – 31
- Ginecologia – 10
- Neurocirurgia – 03
- UPG – 06
- Neonatologia – 26

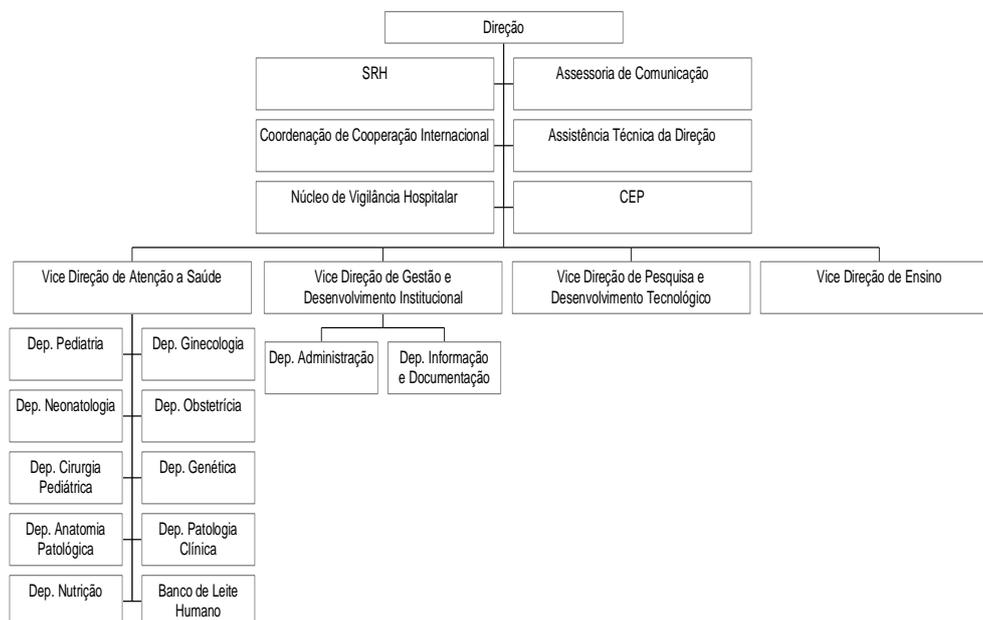
Os pacientes do IFF são originários da rede de saúde básica do Município do Rio de Janeiro por atendimento espontâneo ou referenciados (com encaminhamento). Com a colaboração do SIS da FIOCRUZ, foi feito um estudo que mapeou o atendimento do IFF e produziu um demonstrativo em arte gráfica que permite se ter a noção da sua abrangência.

**Figura 3**



**Fonte:** Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Relatório de Atividades 2009-2012. Organizado por Aline do Nascimento, Aline Câmara, Ana Laura Brandão, Luciane Binsfeld, Mariana Simões Barros, Thiago I. Constâncio, Valéria Aguiar e Vanice Maria Silva. – Rio de Janeiro: FIOCRUZ/IFF, 2013, p. 21.

Na reprodução a seguir, apresenta-se a estrutura organizacional do IFF. Nela pode-se observar a distribuição dos diversos setores que compõem este estabelecimento:



A Vice-Direção de Gestão e Desenvolvimento institucional engloba o Departamento de Administração e o DID. O setor de Registro de Arquivo Médico, juntamente com o setor de Estatística e o setor de Faturamento e AIH, estão subordinados ao último DID e ocupam um sobrado de dois andares. No térreo, ficam estes três setores (de Arquivo Médico, de Estatística e o de Faturamento e Autorização de Internação Hospitalar); além de uma cozinha minúscula, uma copa também minúscula onde todos se revezam para fazer as refeições entre uma mesa com 08 cadeiras, uma geladeira e uma espécie de aparador, onde ficam dispostos utensílios, micro-ondas, cafeteira etc. No segundo andar, dividem o espaço a recepção, a direção do DID e a sala de pesquisa.

Os três setores dividem um espaço físico quase contíguo, porque tanto o setor de Estatística (03 integrantes) como o de Faturamento e AIH (04 integrantes), que ocupam saletas separadas, têm acesso à área destinada às instalações do arquivo médico. Esta ocupação tão próxima se deve às atividades do arquivo médico que, em certa medida, subsidiam os outros dois setores com o material que fica sob sua guarda, ou seja, além de prontuários, todos os tipos de exames, laudos fundamentais para cálculos orçamentários, liberação e autorização de cirurgias, altas médicas, disponibilidade e controle de leitos, censo, estatística, entre outros.

O espaço reservado à ocupação efetiva do grupo de trabalhadores da Instituição arquivo médico corresponde a um salão, relativamente pequeno para o contingente que ocupa e circula durante todo tempo de atividade de retirada e/ou guarda de documentos. Além disso, todo o acesso, isto é, entrada ou saída, nas/das dependências deste espaço, seja em direção aos outros dois setores, seja ao DID pela escada, faz-se ao cruzar a área de trabalho do arquivo médico. Neste, concentram-se na metade do salão estantes duplas, num total de 16 unidades compactas, com prateleiras do chão ao teto, tendo a seguinte numeração que corresponde às dezenas que iniciam todos os prontuários: 00-11; 21-32; 42-53; 63-74; 84-95; 27-38; 48-59; 69-99. As estantes são antigas e de difícil manuseio porque já perderam o mecanismo que as fazia deslizar. À frente destas estantes, há uma longa divisória em formato de balcão com prateleiras, onde são empilhados todos os prontuários e outros documentos que serão distribuídos para os diversos serviços e especialidades do estabelecimento, de acordo com a agenda de cada dia.

No outro lado deste salão, estão distribuídas, quase lado a lado, 06 mesas de trabalho e uma mesa redonda que se destina à conferência de documentos ou como mesa de consulta de outros grupos de trabalho, ou ainda, como espaço suplementar quando há excesso de prontuários. Apenas 03 delas são ocupadas com computadores: 03 mesas estão dispostas junto à parede, onde janelas com vidro pela metade permitem que trabalhadores da equipe façam o atendimento ao público; e outra mesa, próxima à parede oposta, comporta um computador que é utilizado para todo o levantamento de atendimento, agendamento e devolução, movimentação dos documentos desta Instituição.

O arquivo médico desempenha múltiplas funções: distribui e guarda prontuários, exames e laudos; “abre” prontuário a partir da guia de atendimento; faz a conferência de documentos que compõem os prontuários; confecciona Cartão SUS; encaminha usuários aos ambulatórios (pacientes e seus parentes); fornece resultados de exames e laudos aos usuários; atende pesquisadores, médicos, residentes, alunos, entre outras atividades. Suas atividades são distribuídas da seguinte forma: parte dos diaristas responde pelo posto (retira e guarda de documentos); tira cópias de prontuários para os usuários que fornecem seu número, marcando com estes uma data para sua entrega; e, parte se reveza no atendimento ao público. Contudo, todos podem fazer tudo, pois todos dominam o processo de trabalho e, muitas vezes, orientam parte dos trabalhadores. Aos plantonistas cabe o atendimento 12 ou 24 horas, além de executar a tarefa de guardar o

restante de prontuários que foram devolvidos, organizar os exames em seus respectivos prontuários. Um dos integrantes do grupo que é servidor público tem a função de chefia, mas também participa das atividades como todos os outros.

Mesmo havendo plantonista, as atividades diárias da Instituição se iniciam às 07h e perduram até as 17h, incluindo horário de descanso para o almoço. Os consultórios de especialidades e ambulatorios atendem neste mesmo espaço de tempo. A partir das 17h, só ocorre movimentação destinada a atender pacientes internados. A estatística para o levantamento do censo é feito em dois momentos, de segunda à sexta-feira, pelo plantonista toda noite; e pelo chefe do setor de Faturamento e AIH, durante meia hora, entre às 06h ou 06h30. Durante os fins de semana, esta tarefa fica sob a responsabilidade do plantonista nas manhãs e nas noites de sábado e domingo. Esta tarefa consiste em percorrer todos os ambulatorios do estabelecimento hospitalar para levantar dados como número de leitos e a conferência quanto aos seus ocupantes.

Durante a semana, as assistentes ou recepcionistas de cada consultório por especialidade ficam incumbidas de buscarem os prontuários no primeiro horário da manhã de acordo atividades agendadas no setor de arquivo médico. Estas também ocupam o salão deste setor, cotejando os maços de prontuários com as relações de agendados que trazem consigo. Aos finais de semana, não há funcionamento nos consultórios e qualquer necessidade de retirada ou procura de documentos é atendida pelo plantonista.

### 3.3.2 Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira/IPPMG<sup>76</sup>

Em 13 de janeiro de 1937, foi criado o estabelecimento hospitalar Instituto Nacional de Puericultura, incorporando-se à, então, Universidade do Brasil, por proposta do professor Martagão Gesteira (1884-1954)<sup>77</sup>. Inicialmente, as atividades desenvolvidas pelo Instituto se concentraram em duas sedes provisórias: à Rua Voluntários da Pátria, 98, Botafogo, e, posteriormente, no Hospital Gaffré Guinle, Tijuca, ambas na cidade do Rio de Janeiro.

Em 01 de outubro de 1953, a sede oficial de seu estabelecimento foi transferida e inaugurada no campus da Cidade Universitária<sup>78</sup>. Em homenagem ao professor e diretor deste, professor Gesteira, o hospital recebeu seu nome – Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira.

**Figura 4**



**Fonte:** Vista aérea do conjunto, 1953, [http://ippmg.org.br/?page\\_id=1647](http://ippmg.org.br/?page_id=1647).

Compondo o complexo médico-hospitalar da UFRJ, o estabelecimento desenvolve ensino, pesquisa e extensão, sendo um dos centros de referência em pediatria no país.

Além de atender a todas as especialidades pediátricas, em todos os níveis de assistência, abriga o Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ, com, aproximadamente 40 (quarenta) docentes distribuídos nas seguintes áreas:

---

<sup>76</sup> Anexos: Foto 1-5 IPPMG, p. 162/163.

<sup>77</sup> Professor Joaquim Martagão Gesteira, baiano, graduou-se em medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1908. Importante bacteriologista com atuação e intensa atividade na gestão e no magistério em saúde infantil, além de várias publicações sobre o tema. Ao ser transferido para o Rio de Janeiro, assumiu a Cadeira de Puericultura e Clínica da Primeira Infância e a Direção do Instituto de Puericultura da Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro.

<sup>78</sup> A Cidade Universitária localiza-se em um bairro insular que está localizado na Ilha do Fundão, próximo ao bairro continental de Bonsucesso no município do Rio de Janeiro.

1. Assistencial: Pediatria Geral, Medicina da Família, Genética Médica e subespecialidades pediátricas (alergia e imunologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, hebiatria, hematologia, infectologia, nefrologia, neonatologia, nutrologia, pneumologia, reumatologia e terapia intensiva pediátrica).
2. Ensino: participação nos Cursos de graduação em Medicina, Fisioterapia e Fonoaudiologia; Pós-Graduação Lato Sensu (Cursos de Residência Médica em Pediatria Geral, de Residência Multiprofissional (áreas – serviço social, nutrição, psicologia, enfermagem e fisioterapia), Residência Médica (Neurologia Pediátrica, Neonatologia, Terapia Intensiva Pediátrica, Genética Médica); Cursos de Especialização em Pediatria Geral, Subespecialidades Pediátricas, Genética Médica e Cirurgia Pediátrica.
3. Pesquisa: dentre as Linhas de Pesquisa, destacam-se: “Estudos epidemiológicos, clínicos e fisiopatológicos das doenças e agravos à saúde de alta prevalência na infância e na adolescência”; “Estudo clínico e epidemiológico das doenças genéticas na infância e adolescência”; “Epidemiologia e etiopatogenia das afecções respiratórias na infância e adolescência”; “Epidemiologia e etiopatogenia das afecções inflamatórias articulares na infância e adolescência”; e “Estudos das afecções do sistema nervoso em desenvolvimento”.
4. Extensão: promovida e coordenada pela Divisão de Extensão, as atividades de extensão possuem caráter educativo e científico, sendo articuladas ao ensino e à pesquisa, ampliando sua relação intra/interinstitucional com a sociedade civil.

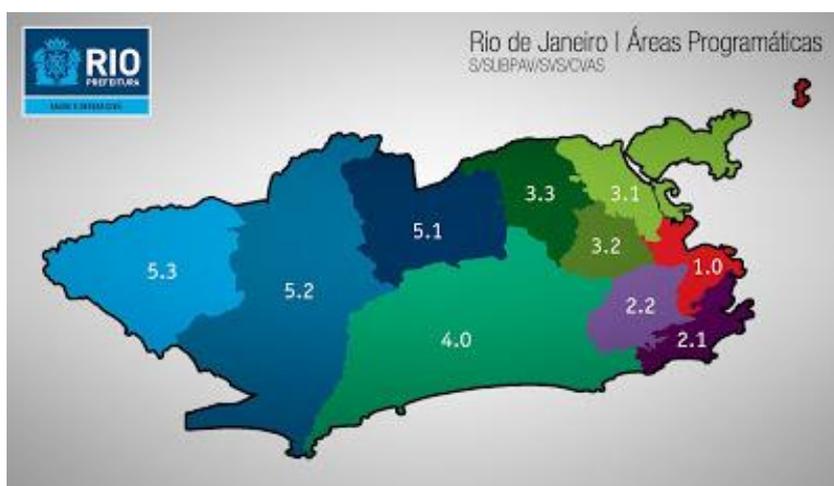
Além de todas essas atividades, o IPPMG conta com serviço de emergência, enfermarias, Unidades de Terapia Intensiva (a partir de 2009), centro para tratamento de neoplasias e Hospital-Dia (desde 2011), 100 (cem) consultórios de atendimento e 01 (uma) sala de cirurgia. Dispõe de 80 (oitenta) leitos, assim distribuídos:

- ✓ emergência – 14 (quatorze);
- ✓ clínica cirúrgica – 08 (oito);
- ✓ clínica pediátrica – 38 (trinta e oito);
- ✓ terapia intensiva pediátrica – 06 (seis);
- ✓ hospital-dia – 06 (seis);
- ✓ quimioterapia – 08 (oito).

Também atua como Centro de Referência para o Ministério da Saúde nas seguintes especialidades: Saúde da Criança (Centro de Referência César Pernetta);

Doença Falciforme; e Atendimento Pediátrico para indivíduos cadastrados no Centro Nacional de Neurofibromatose. O mesmo ocorre em relação a toda AP<sup>79</sup> 3.1 do Município do Rio de Janeiro: referência tanto para casos de toxoplasmose em gestantes como para os de recém-nascidos expostos à toxoplasmose, incluindo os casos de sífilis congênita. O IPPMG também é referência a pacientes nascidos na Maternidade Escola da UFRJ, no bairro de Laranjeiras.

**Figura 5**



Fonte: <http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>.

Com relação ao atendimento pediátrico, conta com os seguintes setores, abrangendo os 03 (três) níveis de complexidade:

- Unidade de Pacientes Externos.
- Unidade de pacientes Internos.
- Serviço de Medicina Transfusional.
- Serviço de Radiologia.
- Laboratório de Análises Clínicas.
- Laboratório de exames complementares em especialidades:
  - ✓ Laboratório de Avaliação Pulmonar.
  - ✓ Laboratório de Avaliação do Trato Digestório.

<sup>79</sup> O Município do Rio de Janeiro está dividido em 10 (dez) AP e cada uma delas é composta por vários bairros. Neste caso, o IPPMG está localizado na Área Programática 3.1, que comporta os bairros de: Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Mangueiras, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral. De forma geral, as atividades das AP são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, sejam estas da Atenção Básica à Saúde e/ou da Vigilância à Saúde.

- ✓ Laboratório de Avaliação Hematológica.
- Núcleo Transdisciplinar de Investigação de Saúde da Criança e do Adolescente (engloba os Laboratórios de Citogenética, Biologia Celular e Citometria de Fluxo).

Com relação a sua infraestrutura<sup>80</sup>, o estabelecimento conta com:

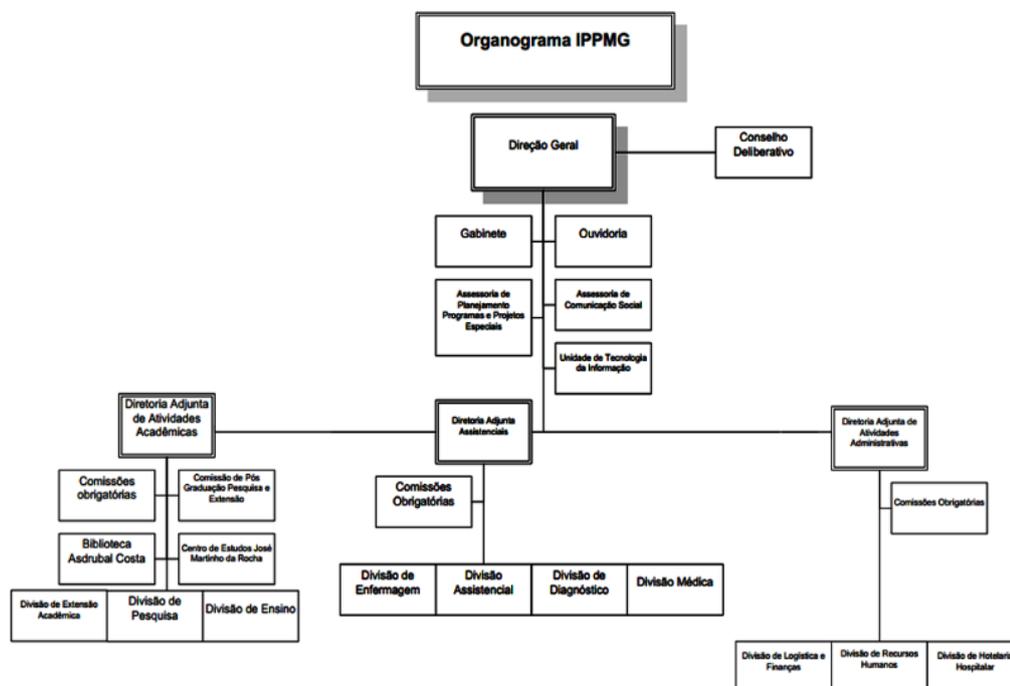
- ❖ Número de atendimentos ambulatoriais/ano – 20.000 (vinte mil).
- ❖ Número de atendimentos de emergência/ano – 36.000 (trinta e seis mil).
- ❖ Número de cirurgias/mês – 70 (setenta).
- ❖ Número de cirurgias/ano – 490 (quatrocentas e noventa).
- ❖ Número de cirurgias ambulatoriais/ano – 750 (setecentos e cinquenta).
- ❖ Número de consultas/mês – 10.000 (dez mil).
- ❖ Número de exames laboratoriais/ano – 220.000 (duzentos e vinte mil).
- ❖ Número de exames de imagens/ano – 17.300 (dezesete mil e trezentas).
- ❖ Número de internações/mês – 200 (duzentas).
- ❖ Número de internações/ano – 3.600 (três mil e seiscentas).
- ❖ Número de leitos – 67 (sessenta e sete).
- ❖ Número de salas cirúrgicas – 01 (uma).
- ❖ Pronto socorro – de pediatria com:
  - ✓ 05 (cinco) consultórios.
  - ✓ 12 (doze) leitos de curta permanência.
  - ✓ Média de 3.000 (três mil) atendimentos/mês.
- ❖ Suporte ambulatorial:
  - ✓ Aparelho de RX.
  - ✓ Eco cardiograma.
  - ✓ Laboratório com: bioquímica, imunologia, bacteriologia e hematologia.
  - ✓ Banco de sangue.

Na reprodução abaixo – estrutura organizacional do IPPMG –, é possível identificar a distribuição das diversas unidades e diretorias. Dentre estas, encontra-se a Diretoria Adjunta de Atividades Assistenciais que concentra 03 (três) Divisões (Médica,

---

<sup>80</sup> Dados obtidos na Declaração de Infraestrutura do IPPMG de 2013 e do vídeo Institucional de 31/07/2014 (<http://ippmg.org.br/?cat=21>).

de Enfermagem e Assistencial). A SAME, designação administrativa do arquivo médico, está subordinada à Divisão Assistencial.



Esta Seção ou, simplesmente, Arquivo Médico, ocupa parte do andar térreo do estabelecimento. Sua área de ocupação passou por diversas transformações desde a inauguração do estabelecimento hospitalar devido a: aumento efetivo tanto da demanda por atendimento, quanto da oferta de seus serviços; ampliação do nível de complexidade, pelo aumento das pesquisas e do ensino nesta área de conhecimento. Além disso, torna-se interessante destacar que estas modificações também foram responsáveis por “redesenhos” que se sucederam ao longo do tempo em seu ambiente, impactando na própria metodologia de funcionamento do arquivo médico.

Inicialmente, seu grupo de trabalho desempenhava toda variedade de atribuições como porta de entrada para os serviços: confecção de prontuários novos, agendamento de consultas ambulatoriais e internações, extras<sup>81</sup>, marcação de exames e emergência. Este acumulava funções de diversas naturezas, desde as obrigações relativas à triagem até a confecção/guarda dos prontuários. O espaço físico ocupado não extrapolava as

<sup>81</sup> São pedidos de prontuários que são solicitados fora do agendamento prévio, seja por um médico em consulta, seja por responsável de paciente, paciente adulto que necessita fazer consulta para alguma questão particular, questões judiciais etc.

instalações e dependências do prédio originalmente projetado/construído. Todo o acervo documental produzido se restringia a um número de prontuários e exames que, por serem em quantidade relativamente pequena, não exigiam um aparato sofisticado para sua confecção/guarda. Como observou um integrante do grupo, os prontuários não possuíam capas, eram agrupados com os exames e amarrados por barbantes, dispostos em poucas estantes de madeira. O método de arquivamento era numérico, idealizado para manter a guarda de cerca de 110.000 (cento e dez mil) prontuários. O grupo contava com número pequeno de pessoal que assumia as tarefas já mencionadas.

Com relação ao processo de trabalho, as atividades tinham início às 7h e término às 17h. Nas primeiras horas da manhã, tanto a agenda das especialidades médicas para atendimento das consultas e cirurgias, a retirada/envio dos prontuários e exames às especialidades clínicas nos ambulatórios, como a devolução dos mesmos ao término do dia eram feitas por meio de um pequeno elevador próprio para este fim no interior do mesmo ambiente. Geralmente, as unidades que faziam uso das atividades do arquivo médico estavam localizados em andares superiores e, como à época não havia a atividade de mensageiro, qualquer documento solicitado era veiculado por meio deste elevador.

Ao longo do tempo, à medida que as atividades deste estabelecimento se expandiram devido à ampliação das especialidades, de seu nível de complexidade e das demandas do próprio SUS, a capacidade instalada do arquivo médico, que até então dava suporte a suas atividades diárias, necessitou se adaptar a um (re)desenho espacial. Este repercutiu diretamente nas atividades exercidas pelo grupo, determinando novos parâmetros, métodos e funções.

Para tanto, a Instituição arquivo médico reestruturou todas as suas atividades e seu processo de trabalho adaptou-se a novos métodos. Tanto seu espaço físico recebeu outra configuração, como suas atribuições que contemplavam todas as etapas de atendimento aos serviços do hospital foram redistribuídas. As instalações do arquivo extrapolaram as dependências do IPPMG literalmente.

O estabelecimento hospitalar cresceu!

Portanto, as dependências do espaço físico do arquivo o acompanharam. Contudo, este acompanhamento se deu de forma precária, com adaptações provisórias que, ao longo do tempo, têm se mostrado permanentes. O que fora um pátio externo com 05 grandes colunas ou pilastras de sustentação se tornou um salão, cercado por grades e protegido por uma tela de um plástico opaco do teto ao chão. Devido a esta

parede adaptada, as temperaturas são em geral muito elevadas, principalmente à tarde, quando o sol invade este espaço. O que teria sido um sistema de refrigeração central, há tempos não funciona, tornando a permanência no local ao longo do dia bastante desgastante.

Na parte interna deste salão, estão dispostas 108 estantes onde são colocados os prontuários, estando com a seguinte distribuição: 09 fileiras de estantes rebatidas, com a distância média de um metro e meio entre elas; em cada fileira há um conjunto de 06 estantes com 07 prateleiras em cada uma delas, lado a lado uma da outra, totalizando 09 metros. Na parte superior deste conjunto de estantes, há inúmeras caixas com prontuários de pacientes que foram a óbito, ou que estão com algum tipo de litígio, entre outras questões. Na parte lateral de cada bloco de estantes, há uma numeração que designa a área de responsabilidade de cada um dos trabalhadores e corresponde à dezena inicial de cada prontuário. Chamado de posto, esta organização está distribuída da seguinte forma:

- ✓ 00 a 19 – **P3**
- ✓ 20 a 39 – **Colega2**
- ✓ 40 a 59 – **P5**
- ✓ 60 a 79 – **P2**
- ✓ 80 a 99 – **Colega1**

À frente das estantes estão 07 mesas, lado a lado, ocupadas pelos trabalhadores, além de duas mesas ocupadas por computadores e uma mesa numa saleta que fica na entrada do espaço físico. Há três grandes balcões, lado a lado, que acompanham a sequência das mesas, onde são dispostos os prontuários e todos os outros documentos.

Neste mesmo salão, há duas salas que se separam do restante do espaço por uma espécie de parede feita de compensado até sua metade e com vidro até o teto. Ambas eram utilizadas para armazenar Boletins de Emergência e de Internação<sup>82</sup> e, uma delas, funcionava como “sala de estudo/pesquisa”, um espaço destinado a acomodar aqueles que necessitassem fazer consulta aos documentos, desde professores, residentes, alunos, pesquisadores, entre outros. Contudo, uma destas salas passou a ser ocupada por uma

---

<sup>82</sup> Geralmente, estes documentos não retornam à instituição depois do atendimento ao usuário ou demoram a serem devolvidos para sua guarda. Na maioria das vezes, são entregues depois de algum tempo e acumulam-se, juntando-se a outros de diferentes dias e períodos. Quando chegam à instituição arquivo médico, têm que ser separados por tipo de atendimento de acordo com seu preenchimento no momento da triagem ou da orientação disponível no Programa de Controle de Atendimento (do Sistema MV do computador).

equipe de médicos pesquisadores do próprio estabelecimento hospitalar para desenvolver um estudo em parceria com o INCA. Tudo que nela havia foi trasladado para a outra sala, que passou a ter dupla função: armazenagem de documentos e sala de pesquisa.

Além destes espaços, há uma saleta improvisada com uma pequena mesa com 04 cadeiras, geladeira e armário com utensílios – a copa. Ao lado desta, há outra saleta que atende ao público com o serviço de Ouvidoria. Este dois espaços ficam próximos à recepção e à porta de entrada/saída.

Atualmente, o que mudou no processo de trabalho da Instituição arquivo médico está diretamente relacionado com a sua própria composição espacial. As tarefas transcorrem semanalmente das 07h às 17h, durante o expediente normal do estabelecimento. Há uma agenda a cumprir que se refere à retirada de prontuários de usuários que têm consultas marcadas com as diferentes especialidades no dia seguinte; portanto, os prontuários devem seguir para seus destinos com antecedência de, no mínimo, um dia. Para isto, um dos trabalhadores do grupo fica responsável pela impressão das folhas de agenda com a discriminação das especialidades, onde consta a relação de pacientes que serão atendidos no dia seguinte pelo especialista, com todas as informações necessárias para orientar o trabalhador do posto a fazer a retirada correta do prontuário, substituindo-o por uma pequena ficha com os dados do respectivo, incluindo a data, o médico e a especialidade que solicitou o documento, colocando-a numa pasta azul denominada por eles de “guia fora”. Esta ficará no lugar do prontuário na estante durante o tempo em que o mesmo estiver sendo consultado.

Algumas vezes, o paciente tem consulta com mais de uma especialidade no mesmo dia; então, na agenda de outro médico deverá constar os dados deste paciente, inclusive o horário de seu outro atendimento e, na pasta “guia fora” que substituiu o prontuário na estante, deverão constar duas fichas com esta outra informação de destino do prontuário.

Os prontuários são colocados e agrupados em cima dos balcões de acordo com as especialidades e seus respectivos ambulatórios. Após a organização destes, outro trabalhador procede à etapa do “confere”, passando pelos blocos de prontuários que estão ordenados de acordo com o que estiver discriminado nas agendas.

Por volta do meio-dia, o mensageiro os coloca em “carrinhos de feira”, levando-os aos ambulatórios e consultórios. Este mesmo mensageiro, à medida que efetua as entregas, é responsável por recolher aqueles prontuários que foram utilizados nas

consultas do turno da manhã. Este processo se repete à tarde, quando o mensageiro vai com os tais carrinhos aos setores ao final do expediente e recolhe os prontuários de pacientes que foram atendidos no segundo turno do dia. Ao retornar com os prontuários, o grupo de trabalhadores inicia todo o processo de substituição das “guias fora” por seus respectivos prontuários, colocando-os em seus locais nas estantes.

Ademais, além dos prontuários que são retirados por meio das agendas, há aqueles que são pedidos separadamente, os “extra”. Este prontuário é aquele que é solicitado diretamente pelo responsável do paciente, em função de alguma demanda, urgente ou não. A solicitação “extra” pode também ser feita por algum assistente, enfermeiro, técnico, médico, que necessita do documento por qualquer motivo, como cirurgia, emergência etc., recorrendo ao arquivo para o obter.

Além disso, há o atendimento à pesquisa de prontuários que não necessitam passar pela autorização do CEP, mas que só podem ser consultados no espaço da Instituição. A liberação do documento vai depender da sua disponibilidade, já que às vezes o prontuário está em uso (consulta, internação), não podendo ser disponibilizado naquele momento; às vezes, o próprio solicitante precisa postergar o agendamento. Cada pesquisador tem direito a consultar até 10 volumes de prontuários por vez. Caso um paciente venha para consulta e seu prontuário esteja sendo consultado, o trabalhador responsável pela atividade solicitará que o pesquisador o libere para que o paciente possa ser atendido, entre outros critérios que envolvem a consulta de prontuários. A liberação só ocorre mediante preenchimento de uma pequena ficha – Pedido de Prontuário –, com espaços para os dados do documento e do solicitante. Geralmente, orienta-se que o solicitante faça o pedido com antecedência de dois dias; contudo, caso o pesquisador necessite apenas de um ou dois prontuários, há possibilidade de sua liberação imediata.

Portanto, o processo de trabalho nesta Instituição envolve uma série de atribuições que não dependem unicamente do seu grupo de trabalhadores, sendo atravessadas por outras Instituições que direta ou indiretamente se conectam com este processo de trabalho, ainda que nem sempre o percebem. Desta forma, é fundamental uma aproximação do cotidiano de seus processos de trabalho para que se perceba o que vaza de sua produção de subjetivações.

Para isso, passo ao exercício de análise das fontes em ambos os estabelecimentos hospitalares – IFF e IPPMG –, com o intuito de avançar na investigação. Para tal, pretendo lançar mão do conceito “analisador”, como uma das ferramentas conceituais

estratégicas que, considero, permitirá, além de provocar a dinâmica que se estabelece, recolhendo os efeitos dos analisadores no processo e na dinâmica do trabalho, na construção e produção subjetiva dos sujeitos envolvidos, identificar aspectos contraditórios e ocultos no grupo e na organização na qual os participantes se insiram. Além disso, creio que o conceito analisador terá a função de revelar os matizes, os diferentes formatos, texturas e cores a partir das diversas entradas que permeiam as relações entre as Instituições arquivo médico, usuários, enfermagem, medicina, gestão etc., como aquele rizoma que constitui o bordado filé.

## **Parte IV – Análise das fontes – bordadeira implicada, diário dos momentos e entrevista temática**

### **4.1 Das várias entradas deste bordado: sem início, sem fim**

Como no bordado filé, o emprego de inúmeros pontos dá o tom e a garantia de que não há uma única entrada que determine seu início ou término. Portanto, diversos são os recursos a se experimentar e dar vida a tal bordado. Como mencionado na página 33, além disso, no bordado filé, as bordadeiras têm como base do trabalho redes, porque não utilizam as riscadeiras que riscam os desenhos, para que os tomem de modelo. Assim, pensei em registrar as impressões que me marcaram e possibilitaram reconhecer-me sujeito implicado neste campo de pesquisa, com suas Instituições, sem modelos *a priori* para marcar (ou mascarar) pontos de entrada, meio, fim, que determinassem tal ou qual caminho deveria seguir. Com foco no cotidiano de processos de trabalho em saúde, pude orientar minhas observações às semelhanças e/ou às diferenças em ambos os estabelecimentos hospitalares, identificando possíveis analisadores para o desenvolvimento do estudo.

Por outro lado, caracterizar seus espaços físicos se tornou relevante na medida em que os dois estabelecimentos, IFF e IPPMG, apresentaram especificidades que não restringiram o processo de análise, ao contrário, ampliaram o espectro de possibilidades acerca do processo de trabalho da Instituição arquivo médico de cada um deles. De certa forma, esta ampliação favoreceu a revelação de alguns detalhes singulares acerca da dinâmica de seus grupos de trabalho para além de meros guardiães e “tratadores” de prontuários, fichas, exames etc., estabelecendo produções micropolíticas do trabalho vivo em ato a partir de seus próprios processos de subjetivações.

Sendo assim, as semelhanças tornaram-se cada vez mais perceptíveis, mesmo que o IFF conte com um serviço de maternidade *full time*, além da pediatria, e o IPPMG, com um atendimento pediátrico, aberto ao público de segunda-feira à sexta-feira, das 7h às 17h. De fato, foram suas ações no trato ao público em geral, no manejo com questões cotidianas e na dinâmica implementada para solucionar problemas advindos de diversas questões, que me acionaram intensa percepção a processos de subjetivação que extravasavam em produções permanentes de singularidade. Desta forma, as diferenciações ficaram restritas a episódios muito pontuais, nos quais entendi que as Instituições deixam suas marcas para se distinguirem entre elas.

Nesse sentido, busquei avançar minha análise a partir de dois instrumentos potentes: de um lado, o diário de campo, recurso que me permitiu capturar e formular minhas próprias considerações sobre aspectos que me pareceram relevantes do cotidiano da Instituição arquivo médico, inclusive alguns momentos importantíssimos de sua interlocução com outras Instituições (usuários, enfermagem, medicina, gestão, entre outras); de outro, as entrevistas riquíssimas fornecidas pelas fontes, por meio das quais questões relativas ao processo de trabalho se tornaram mais evidentes por ângulos próprios e especiais do grupo de trabalho.

Este grupo ou Instituição constrói/divide territórios de atuação com outras Instituições, dando tonos ao corpo da pesquisa. Porém, é na maneira como desempenham suas atividades, na forma como estabelecem suas práticas cotidianas entre seus integrantes e nas estratégias que desenvolvem em suas práticas na relação entre Instituições, onde as disputas se encontram quase que imperceptíveis nos níveis molares e moleculares das ações rotineiras, que este corpo se fortalece. Contudo, para visualizar o que está na base e fortalece este corpo, alguns analisadores foram acionados e, como pontos do bordado filé, foram os diferentes pontos que deram vida a este bordado em questão.

## 4.2 Exercitando os vários pontos

Os analisadores surgiram como pontos no bordado filé, aos poucos. Foram se constituindo na leitura e releitura que fiz do material de que dispunha: bordadeira implicada, diário dos momentos e depoimentos das fontes. À medida que o fazia, alguns destes pontos se cruzavam e produziam ruídos que me permitiam perceber que algo a mais estava presente naquela trama que construí através de observações/registros. Gradativamente, reconheci que não poderia captar, ou capturar, tais ruídos apenas com auxílio da visão e/ou audição, sem lançar mão de instrumentos adequados para acessar os diferentes platôs que compõem as Instituições. Naquele momento, algo mais surgia, um quarto instrumento, mais uma entrada possível deste rizoma – um analisador.

Só de posse deste instrumento, digo, conceito-ferramenta, foi possível fazer falar e traduzir alguns aspectos cravados nos meandros das Instituições, realçando intenções, ou mesmo embates que estão presentes no campo micropolítico, trama molar/molecular intensa e extensa, onde reside a origem da composição das Instituições, nos interstícios do cotidiano de seus processos de trabalho em saúde. Fundamentalmente, porque na prática destes processos reverberam alguns regimes de verdade que, mesmo estando nos “subterrâneos” das Instituições, geralmente afloram indelévels em situações de disputas acirradas. Verdades que, por vezes, funcionam como muros, que só se colocam permeáveis a furos, com a sutileza de movimentos tão difusos entre as Instituições que muitas vezes se tornam imperceptíveis, mantendo a atmosfera entre ambas numa higienizada aparência social.

De fato, creio que foi a (con)vivência potente que experimentei enquanto bordadeira implicada ao longo de quase nove meses com a Instituição arquivo médico e seus interlocutores, registrados em meu diário dos momentos, que fez surgir alguns dos analisadores como método capaz de “revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (LOURAU, 1975: 284). Alguns deles apontaram questões internas à própria Instituição, outros se remeteram aos encontros, relações cotidianas às atividades do dia a dia.

Neste movimento, torna-se importante destacar que, dentre as questões que surgiram, ao aproximar minhas reflexões do diário dos momentos com o material das entrevistas temáticas obtidas pelas fontes, uma delas apresentava-se com certa frequência, portanto a reconheci como um potente analisador. Creio que este analisador tenha sido, dentre outros que “garimpei”, um daqueles que mais provocou em mim o

desejo de aprofundar a pesquisa, devido a sua capacidade de fazer falar e revelar as verdades e disputas que estão presentes nos atos de enunciação das Instituições. Além disso, possibilitou perceber como o arquivo médico, enquanto Instituição, elabora suas próprias normas e regras na sua produção micropolítica do trabalho vivo em ato, buscando superar possíveis dificuldades na rotina que caracterizam seus estabelecimentos.

### 4.2.1 Ponto lérias do bordado-tese: analisador documento perdido

Como na trama do bordado filé, um analisador potente surge, dando sua própria feição à composição da tese em bordado. Este analisador se mostra a partir de diversos depoimentos fornecidos pelo grupo de trabalho em ambos os estabelecimentos acerca do tempo investido na busca por documentos perdidos ou mesmo extraviados (prontuários, laudos e pedidos de exames, fichas de atendimento etc.). Vigoroso, motivava desgastes devido a cobranças e responsabilização que aos trabalhadores eram imputadas. Nominei-o de **documento perdido**. Por meio deste foi possível capturar aspectos que evidenciam os ruídos presentes na relação entre o usuário, a medicina, a enfermagem, a gestão, enquanto Instituições.

O que torna este analisador interessante é sua capacidade de expor ou explicitar o quanto, no cotidiano das ações, um processo de trabalho se coloca vulnerável frente a outro, deixando à mostra contradições que surgem através do embate entre “verdades” e os questionamentos dessas verdades. Contudo, paradoxalmente, este mesmo analisador possibilita vislumbrar as “voltas por cima” que o arquivo médico produz, criando mecanismos próprios de sobrevivência ou superação nas relações, uma espécie de habilidade camaleônica inventiva desta Instituição.

No depoimento da fonte **P1**, este aspecto surge a partir de comentários sobre a forma tranquila como se dá seu processo de trabalho:

**1º momento**<sup>83</sup>: (...) corre de forma tranquila sim, porque todos nós nos empenhamos; quando há o sumiço de um prontuário, todos correm pra procurar, tá! A gente tem que ter uma resposta. Aonde tá?! A gente pesquisa, vai no sistema pesquisar, pra onde foi? Qual a consulta anterior que teve? Pra saber, poder dá uma resposta, [por]que a gente tem que dar uma resposta. (Grifo meu).

E continuou sua narrativa apontando algumas possibilidades:

**2º momento**: Olha, há muita pesquisa, às vezes o médico segura esse prontuário. Por quê? Porque às vezes tem uma próxima consulta, então está muito perto, o que eles [médicos] fazem? Não soltam esse prontuário, não há devolução. Isso está acontecendo muito, isto. [...] Aí a gente vai no sistema pesquisar: quem foi? aonde foi a última consulta? pra procurar saber com o doutor fulano de tal, qual foi a última consulta, pra saber se o prontuário está com ele. (Grifo meu).

Então, **P1** apresenta nominalmente os envolvidos com o sumiço:

---

<sup>83</sup> Os participantes com os quais escolhemos trabalhar na pesquisa estão organizados por narrativas, não havendo uma cronologia entre elas.

**3º momento:** Isso! Isso! Porque o ambulatório pede, enfermaria pede prontuário, emergência pede prontuário, tem os médicos de pesquisa que pedem prontuário. E se não houver essa devolução ... a gente tem que correr atrás pra ver qual foi a última pessoa que ficou com esse prontuário.

Neste outro depoimento, a fonte **P2** tratava sobre a questão das novidades que ocorrem no dia a dia do processo de trabalho:

**1º momento:** Cada dia tem coisa nova pra poder aprender nisso [processo de trabalho], porque tem sempre coisas novas que a gente, sabe, que aparece; sobre os médicos também, que sempre está segurando prontuário, sempre segura. [...] Fica com eles! Pesquisa, pra trabalho, estudo, tipo um estudo, dão aulas com esses prontuários. Tem vários médicos aí, várias especialidades, têm prontuários lá desde 2010, 2009. [...] com certeza, atrapahe ... com certeza.

Neste momento, **P2** explica a dinâmica:

**2º momento:** O certo é ter que descer todo dia; teve a consulta, tem que descer, mas no caso eles seguram. E nisso atrapahe muito, às vezes a criança tem consulta em outro médico, outra especialidade, e o prontuário tá com outro médico, em outra especialidade. Tem crianças que têm três, quatro especialidades, aí ... Nem é no mesmo dia, as vezes no mês [...] têm várias especialidades, às vezes numa criança só ... [...] [a gente] vai atrás, mas às vezes nem sempre os médicos tão aí. Não é todos os dias.[...] [se não achar o prontuário] Fica a resposta mesmo; às vezes tem médico que nem quer atender, remarca pra outra data, porque não sabe a história da criança, os exames pra poder ver. [...] É, porque tá atendendo com um médico, aí, outro não vem, vai outro e atende, aí tem que ver o prontuário pra poder passar alguma receita, ter uma noção mais ou menos.

Segundo **P2**, a questão se torna mais preocupante ainda quando há alguma situação envolvendo internação de um paciente:

**3º momento:** O que dá mais dor de cabeça, é esses, os “médico” segurar o prontuário! Outro dia teve aí um ... a procura de um prontuário, até do meu posto, de manhã; acho que a criança veio um dia, veio na 5ª, e a criança tinha que internar na 6ª feira, e o prontuário subiu pra **D4**, uma consulta, cirurgia, #. E, de manhã cedo as “criança” já “chega”, aí, 6 horas, 6 e pouca da manhã. (...) Aí, no caso, 7 horas sobe, aí tem que pegar o prontuário pra poder internar. No caso é, pequenas cirurgias. Aí, só que não tava encontrando o prontuário e não tinha como internar a criança, ia remarcar; desceram aqui várias vezes e a resposta: “- Que tinha ido pra #”! Nós procuramos aqui, não encontramos. Eu cheguei até ir na #, não encontrei! No caso, fizeram reclamação pra a **CH1**. **CH1** depois foi lá, levou a resposta e o pessoal encontrou dentro da gaveta, na #, numa daquelas mesas. A médica encontrou lá, dentro, dentro da gaveta, num tava nem na devolução, se tá na devolução, nós “tinha” que encontrar. [...] Isso aí, o que acaba mais com o Arquivo, é isso aí, esse pessoal que fica segurando esses prontuários lá, sem necessidade, acredito que não tenha tanta

necessidade assim! Muitos pegam pra dar aula, pra estudo, sai, e deixa dentro da gaveta! # mesmo, eles tão fazendo um estudo aí, que tem prontuário desde 2010, tá nas mãos deles lá, **D5**.

Então, o próprio **P2** aponta o encaminhamento, possíveis soluções, descaso ...

**4º momento:** Remarca pra outra data [...] [o paciente] às vezes perde a consulta,[...] perde a consulta por causa que esse prontuário tá preso na mão de alguém [...] [isso é muito difícil de acontecer ou isso ...] Não, não, sempre, sempre [...] tem bastante prontuário preso lá ... [...] Nós somos responsáveis daqui pra dentro, lá pra fora já é do médico, porque quando sai, já sai no nome dele. Se não volta, a responsabilidade é dele. [...] A gente até procura, saber, vai na sala ver se está com ele lá, mas nem sempre tá aí. [...] [o prontuário] Nem sempre tá aqui. Foi encontrado prontuário na mala de carros aí, já, da médica uma vez [...]. A chefe mandou eu ir pegar um prontuário, tinha ele e tinha mais outros, lá [...].

Nesses dois depoimentos, as fontes abrem suas narrativas a partir de assuntos totalmente diferentes: **P1** expunha suas considerações sobre a tranquilidade do processo de trabalho; **P2** discorria sobre coisas novas que ocorrem no dia a dia. Em pouco tempo, tanto um quanto outro direcionou sua narrativa para questões muito semelhantes, dando vida a algo que produziu neles toda inquietação – **documento perdido**. O interessante é que este agenciamento não se limitou ao depoimento destas fontes. Em meu diário dos momentos, no primeiro dia no campo do IPPMG, este tipo de ocorrência fez parte do registro diário que me afetou. Havia escrito:

Neste primeiro dia no campo, cheguei por volta das 07h25. [...] mais ou menos às 10h25, parte da equipe [...] estava tentando encontrar uma pasta ou fichário com informações de alguns pacientes. Havia um profissional [externo ao grupo] que solicitava um dos documentos junto a eles, inclusive eles faziam algumas perguntas a este sobre datas referentes ao período que teria sido a última retirada do prontuário, ou talvez, quando o paciente teria “aberto” um no prontuário (ou ficha). Observei que houve enorme empenho de todos [do arquivo médico] que estavam envolvidos com aquele episódio, buscando em pastas, nas estantes e em lugares diferentes; pensei, talvez porque houvesse a possibilidade de estar misturado com outros maços de documentos. Um dado interessante foi que aqueles trabalhadores [outros também do grupo] que não estavam diretamente envolvidos na busca também paravam suas tarefas e sugeriam possibilidades de locais onde poderiam estar tais documentos. [...] Depois de algum tempo, não muito, eles foram encontrando os tais documentos e a pessoa que esperava o determinado documento recebeu-o e foi embora. Houve um comentário entre eles [grupo do arquivo] sobre o ocorrido, mas não consegui entender se estavam fazendo considerações sobre a busca, ou se questionavam-se sobre a “possível” perda momentânea dos documentos. (...) (Registros: Diário de campo 1 – IPPMG, 12/08/2013, 2ªf.).

No processo de (re)leitura de meu diário dos momentos, quando já me encontrava na etapa de análise do material, fora do campo, deparei-me “de cara” com as primeiras questões levantadas pelas fontes e percebi o quanto esta era recorrente.

A fonte **P3** levantou uma questão interessante, motivada pelo analisador **documento perdido**, que foi capaz de “puxar” e expor um processo de disputa entre duas Instituições, medicina e justiça. Estas têm certos regimes de verdade, digamos, seculares, que se supõe sustentar suas verdades e, por meio deste analisador, tornou-se possível perceber, em dado momento, o quanto o rei pode ser desnudado:

**1º momento:** [Coisas que acontecem no dia a dia] [...] Têm prontuários que eles [integrantes do grupo] procuram, que esse prontuário tá comprometendo a saúde do paciente, chegou [a reclamação] no juiz da Ouvidoria; o médico, pra tirar o dele da reta, não quer se comprometer por causa daquele negócio, eles dão ... escondem o prontuário, ele [o prontuário] não some, esconde o prontuário. E vem a cobrança pra gente, aí eu vou lá [no sistema], vejo: “Saiu tal dia”! tá lá no computador, ali, tudo direitinho: saiu tal dia, pra o médico assim, assim; teve uma internação, pá pá pá, não voltou até hoje. Conclusão: chega na Ouvidoria, que a Ouvidoria já vem pra gente, porque a justiça já cobrou a Ouvidoria, eu falo assim: “Eu não tenho resposta, minha filha, ele não tá aqui, saiu tal dia, mas quando for um tempo vai aparecer, porque toda vez que um prontuário entra em problema de justiça ele some”.

Por outro lado, **P3** avança em seu depoimento e, neste caso, deixa evidente certa fragilidade presente na Instituição medicina; e continua:

**2º momento:** Não é desculpa, eu não tô defendendo o médico, que eu não defendo médico, ele esconde pra livrar a pele dele, aí com o tempo ele aparece. Aí eu vou na Ouvidoria e mostro: “Apareceu agora”! Aí é quando as coisas ficam frias. Esse é um problema da gente e é sério isso! E eu tenho experiência. Como já veio pessoas me cobrar prontuário, digo pronto, eu falo assim: “Poxa, por que toda vez que o prontuário vai pra a Ouvidora, vai pra justiça ele some?”. Todos eles, acontece, é mesma coisa, a mesma rotina, é a nossa rotina aqui do dia a dia, então é a rotina. Agora, quem faz alguma coisa de erro, eu não sei se é erro, só sei que quando vai pra justiça alguma coisa aconteceu! Some, depois que o negócio esfria, já aparece. É complicado, rapaz, é muito complicado. Até mesmo ...

Percebe-se que há uma hierarquia sistemática entre as Instituições. De certa forma, a Instituição arquivo médico desestabiliza a outra ao expor detalhes de sua conduta, mas para isso “necessita” de uma mediação da Instituição justiça para fazê-lo. Sendo assim, o desconforto se instaura, à medida que se revelam detalhes da prática da Instituição medicina nos planos molar/molecular. Por isso, em alguns momentos, quando esta hierarquia é questionada frente a estas condutas não tão nobres, **P3** permite-se “disparar” sua crítica à Instituição medicina de forma contundente:

**3º momento:** E aí como eu dizia, o pior setor do hospital é o arquivo médico. (...) Pior pra trabalhar ... Pior das condições, vai também, esse pior das condições, mas o mais agravante, é que os médicos não dá 100%, não dá 100%, não! Da honestidade de pegar o prontuário e devolver.

Em seguida, **P3** narra outros dois episódios que deram fundamento às observações anteriores:

**4º momento:** (...) Um assunto que é importante, a gente saber disso: olha, quando a criança tem duas ou três consultas, a primeira consulta vai num médico só. Aí a mãe vem aqui, eu digo: “olha, o mensageiro ...” [em busca do prontuário]. A mãe vem aqui ou o mensageiro vem aqui [e] digo: “oh! mensageiro, [o prontuário] está em tal lugar”. Ele vai lá pega. Outra pega. Sumiu! Mas, quem vai responder é aquele primeiro **[D1]**; ele [o médico] não desce pra dar baixa, ele podia mandar o mensageiro ou ele mesmo mandar a atendente do... a atendente que trabalha com o médico [no consultório]. É, e dizer: “Ó, vai lá! Dá baixa aqui, manda pra cá”. Então, vai pra o médico da segunda consulta. Esse é o problema. [esse aí é o procedimento correto?] Lógico, exatamente! Isso! Eu tenho um exemplo de um médico que ele falava pra dar cem por cento olhando nos olhos; meu filho, pra dar cem por cento, depende da gente! Esse doutor ele vinha pegar o prontuário, quando terminava a consulta ele descia com a pessoa: “Olha, tira, me dá baixa do meu nome aqui; é esse o pessoal, quem vai levar é ele”. Então a pessoa fazia o pedido nominal; então, ele já estava fora, o doutor... Ele acompanhava o paciente, acompanhava, exatamente! Esse problema é sério! Arquivo é seríssimo, é sério! E fora outras coisas, que você, num ... esse é o absurdo!

**5º momento:** Essa semana, semana retrasada ... Foi na semana retrasada a doutora veio aqui pedir esses duzentos prontuários, eu falei pra ela assim ... Ela veio me reclamar que as funcionárias estavam cobrando uns prontuários a ela que ela não pediu. Eu disse, **D1**, eu sei que a senhora não pediu, mas tem gente pedindo prontuário no seu nome. Aí peguei treze pedidos de prontuários [e disse]: “Isso aqui é da senhora? Tá no teu nome, aqui ó, olha seu nome”. **[D1]** Disse: “Não, não, isso é um absurdo”. [ele disse] Tá aqui! Está aqui, levou. Eles pegam o mensageiro quando vem pra cá e bota o seu nome ... coitado! Se ele [mensageiro] tivesse o senso de olhar, menos ia sobrar pra ele e pra gente.

Nesta outra narrativa, a fonte **P6** traz a mesma questão por outro ângulo, quando aponta algumas certas dificuldades que reconhece no processo de trabalho devido à displicência de alguns de seu grupo. Contudo, ao se estender neste comentário, apresenta a questão remetida à perda de documentos a partir da especificidade de seu estabelecimento hospitalar.

**1º momento:** Na minha opinião [...] você vê muita coisa arquivada errada. Eu já vi, já peguei muita coisa arquivada errada. Eu tenho – não sei porque – sempre tive, essa facilidade... Eu tenho facilidade de achar prontuário mais do que qualquer um aqui dentro, eu sei aonde eu vou, eu vou um pouco antes, ou vou um pouco depois do número que eu quero, ou um pouco mais em cima, eu acabo encontrando. Eu sei que tem erro, eles confundem as coisas. E aí é que está, o arquivo tem que estar sempre atento. E essa atenção, às vezes não existe, é muita conversa, e aí arquiva errado. Arquivou errado, só mesmo com sorte, e tem vários, que a gente fica procurando e não acha.

No início, **P6** aponta para possíveis idiossincrasias, divergências que ocorrem no interior da Instituição, entre seus integrantes, cujos regimes de verdade alimentam as diferenças. Contudo, à medida que a narrativa se amplia, a questão acerca do documento extraviado surge, mas por ângulos bem específicos, capazes de elencar diversos integrantes de uma mesma Instituição – medicina. Ao mesmo tempo, conversa com outra Instituição – gestão, apontando mais dificuldades.

**2º momento:** Fora isso, tem muita coisa que prejudica a gente aqui; no arquivo é o seguinte: o prontuário agendado sai, ou mesmo o prontuário extra sai, pra algum ambulatório, qualquer um. Tem criança que tem [atendimento em] quatro, cinco ambulatórios. Não sei o que é ... E não existe essa comunicação dentro do hospital. Já foi feito várias vezes pedidos por email. Enfim, que todos os chefes de setores tomassem esse cuidado. E o pessoal [mensageiro1, 2, 3...] que ajuda, quando sai o prontuário daquele setor, se for para outro, que nos avise. Nós temos o controle, se nós temos o controle, a informação fica precisa, mas nós não temos o controle, então nós não temos informações precisas. Todo mundo vem em cima do arquivo achando que o arquivo é culpado, e já provamos várias vezes que não tem essa de culpa, não! Vai achar prontuário da ..., cinco meses ... Prontuário dentro do armário do médico, um ano ... E você procura e não acha! Essa comunicação [é] que tinha que existir, pra poder andar correto? Tudo andaria certinho se fosse feito isso, mas não é feito! Essas informações estão furadas. Tem muita coisa que atrapalha a gente a trabalhar o melhor possível, a gente conta com as pessoas, mas muito pouco.

De certa forma, **P6**, esta fonte “sabida”, permite-me especular que a Instituição arquivo médico perceba quanto “o não dito”, “o não reconhecido”, seja uma forma de estabelecer o esquecimento como uma estratégia para não admitir sua capacidade de produzir cuidado em saúde, frente a outras. Para mim, este depoimento apresenta uma intensa produção de micropolítica do trabalho vivo em ato pelo “simples” exercício de sua potente narrativa; aqui a língua menor se apresenta afiada como máquina de guerra, dizendo: *Prontuário dentro do armário do médico, um ano... E você procura e não acha! Essa comunicação [é] que tinha que existir, pra poder andar correto? Tudo*

*andaria certinho se fosse feito isso, mas não é feito! Tem muita coisa que atrapalha a gente a trabalhar o melhor possível, a gente conta com as pessoas, mas muito pouco.*

Adiante, **P6** percorre diversas especialidades, caracterizando o próprio estabelecimento hospitalar através deste potente analisador.

**3º momento:** [Em diversas especialidades] Quando chega pra eles um prontuário diferente, eles não sabem, então essa informação não tem. Deveria ter [a informação] de onde? Da emissão, de onde partiu esse prontuário, aonde estava, a origem dele ... Essa informação nunca bate com a gente direito, isso é uma coisa que nos atrapalha muito o trabalho.

E, ainda,

**4º momento:** (...) em relação ao trabalho funcionar, ele tá preso. E aí as pessoas lá fora reclamam, e elas têm razão. Reclamam com o pessoal daqui de dentro. Eu conheço vários ambulatórios aqui dentro, com amizade... aí, eu tava conversando com a menina do [...] uma vez – brigou até com o [...] aqui – ela me perguntou: “Você não quer tomar conta do arquivo?”, “Ah! não, assim não! Nem posso”. Entre aspas, poder, pode! É só a pessoa querer. Vários me perguntaram, não foi só um não! Na verdade, qual é a minha preocupação aqui? Eu tenho que trabalhar, eu tenho que atender a quem? Ao paciente. O paciente vem ao hospital porque ele precisa, ele não vem passear. Ele está lá, eu estou aqui! Entre nós dois existe um monte de gente, e essas pessoas é que não tão colaborando, muitas delas, na verdade. Eu penso assim, e eu acho que estou certo; tô pensando no paciente, não no fulano de tal, nem na fulana de tal! Às vezes, a pessoa [integrante do arquivo médico] está chorando; o prontuário, não achou? Calma, gente! É porque todos acham que o arquivo é o primeiro culpado; é, a princípio, é! Mas não sabe como funcionam as coisas. Sai pra cá, sai pra lá e ninguém avisa; às vezes, tá na gaveta de médico. Quando as vezes a gente desconfia de alguma coisa, a gente manda o **NE1** em algum lugar, porque ele não fala e não ouve, mas ele entende tudo. E ninguém fala [com o **NE1**], porque já sabe como ele é, ninguém reclama dele. Pode xingar que ele não tá nem aí. E muita coisa foi assim encontrada. [...] Tá muito frequente... dali, parte pra enfermaria, porque o médico quer olhar, quer estudar. Sai do ambulatório pra enfermaria, tal... Tem um monte de prontuário lá. [...] [há especialidade que] tem arquivo lá também. Tem mesmo! Um monte de prontuário lá, um monte!

Com relação a esta narrativa, destaco a seguir alguns registros que fiz em meu diário dos momentos que reforçam esse “estado de coisas” no cotidiano do processo de trabalho:

Hoje ocorreu um episódio interessante, quando uma assistente/mensageira identificou um prontuário que estava “perdido” desde abril de 2013 e foi encontrado [num setor de especialidade]; então, os trabalhadores do arquivo, em coro, disseram que era por isso que o documento estava sumido e que

isso era comum, isto é, [tal especialidade] é famosa por reter os prontuários para pesquisa sem comunicar ao setor de arquivo ou ao ambulatório onde o paciente teve a sua última consulta, e o [programa do] sistema acusa que não há movimentação. (Registros: Diário de campo 13 – IFF, 14/01/2014, 3<sup>af.</sup>) (grifo meu).

Portanto, para dar conta do processo de trabalho em seu cotidiano, com situações como aquela narrada por **P6** e que, inclusive, pude presenciar, alguns “expedientes” eram inventados pela Instituição arquivo médico, na tentativa de impedir que as atividades do próprio estabelecimento hospitalar fossem paralisadas. Na pesquisa, considerei tais “expedientes” vigorosos dispositivos que, acredito, contribuíram para adensar e alimentar questões de que vinha tratando ao longo da investigação.

E, assim, no momento que se segue, **P6** complementava sua narrativa, reforçando alguns outros aspectos acerca dos atravessamentos que ocorriam no processo de trabalho na relação com outras Instituições.

**5º momento:** Que vê outra coisa? falei até com o [...], a [...], do segundo andar, ela é danada! Não proíbo porque eu não posso proibir, mas eu disse: “Oh, aqui dentro de manhã, eu tô trabalhando. Enquanto eu estiver aqui dentro trabalhando, por favor você pode ir embora, você não é bem vinda aqui dentro. Para fazer o que você faz, fica dando peruada sobre trabalho que é nosso, em relação ao que as pessoas que ficam perguntando, isso não tá certo. Então, você tá me atrapalhando, por gentileza, você não é daqui”. Já dei um chega pra lá nela, e ficou por isso mesmo. Eu gostaria que funcionasse muito melhor, e eu acho muito, é a qualidade de pessoas.

Neste momento, pude ver/sentir que estes três últimos fragmentos da narrativa de **P6** corroboram com o que apontei desde o **2º momento**: a Instituição arquivo médico em seu processo de trabalho é produtora de vida, do cuidado em saúde. A maneira como defendeu seus argumentos, falando pela “boca” da Instituição, ampliou o efeito pororoca em mim e mais uma vez me senti sacudida, neste caso, a partir da “crença” de que estava caminhando por um caminho possível, não único, mas possível.

Certamente, a questão referente ao tempo investido na procura por documentos perdidos ou mesmo extraviados manteve-se constante na totalidade de depoimentos sobre a dinâmica do processo de trabalho. Neste fragmento da narrativa da fonte **P7**, esta problemática também foi destaque:

**1º momento:** [o prontuário] Fica preso nos ambulatórios, no armário, na gaveta, é complicado! E a culpa é de quem? A visão deles

[gestores] é negativa em relação a gente, por isso, porque some prontuários. Pode ser que esteja arquivado errado, acontece! Mas, muitas vezes, está na gaveta, no armário, na casa de um médico. Quem leva a culpa? O arquivo médico! A gente é criticado à beça por isso!

Este fato recorrente não se dava gratuitamente!

O protocolo do serviço de guarda documental estabelece que todo seu acervo deve retornar para seu devido arquivamento após a utilização, salvo excepcionalidades; a responsabilização quanto a este procedimento norteava o dia a dia do grupo de trabalhado da Instituição arquivo médico. Em algumas situações, a “ignorância” acerca de tal procedimento por parte de outras Instituições levou o próprio analisador **documento perdido** a se revelar em acontecimento, explicitando disputas entre estas. Segundo a fonte **P1**,

**4º momento:** (...) [o exame] não, estava arquivado, ficava na pasta azul [guia fora]; quando o prontuário volta, nós abrimos o prontuário e colocamos [os exames] dentro. Até o prontuário voltar, [a guia fora fica] com a resposta, aquela resposta com o pedido: “Foi pra [...]; a data e tudo certo; saiu tal dia pra determinado médico e nunca voltou”. [...] No mesmo dia ela [médica] desceu aqui, a **D1**, [para] saber por que os exames não estavam dentro do prontuário. Só que ela mesma [é que] estava “segurando” o prontuário.

De certa forma, a constatação do “desaparecimento” de documentos e, posteriormente, sua “busca”, complementavam as atribuições do grupo de trabalhadores da Instituição. Diariamente, a constatação desta primeira ocorrência determinava articulações e o acionamento de estratégias na tentativa de solucionar a segunda. Alguns documentos (prontuários, laudos e pedidos de exames, fichas de atendimento etc.) eram encontrados em diversos locais e por diferentes motivos, dentre eles: nos próprios consultórios dos ambulatórios a que se destinaram e, que, por alguma razão, teriam sido “esquecidos” por quem os utilizou; alguns eram redirecionados entre consultórios sem que isso fosse previamente informado ao arquivo; outros eram “levados” inadvertidamente por algum profissional, para atender sua necessidade específica, sem que este fizesse a devida solicitação ao setor para que o mesmo avaliasse tal possibilidade, além de outras tantas situações. No relato da fonte **P8**, situações desta ordem ficam bem explicitadas:

**1º momento:** (...) hoje em dia tá dando muito problema, de prontuário perdido! É médico que leva o prontuário pra casa... Então assim, tudo, a culpa é do arquivo, infelizmente! Tudo, a culpa é do arquivo! Prontuário sai de pra um setor, dali, esse prontuário vai pra um outro setor, ninguém comunica que o prontuário trocou de setor, foi da #

para a #, ninguém avisa. Aí você vai na # procurar o prontuário, o prontuário não tá lá, e a médica fala, o quê? “Eu devolvi, não tá mais comigo, pode procurar que ele não tá aqui!”. Só que ele não tá mais ali porque eles levaram pra a # e não comunicaram ao arquivo médico. Então, por isso que inventamos essa questão da filipeta, porque, você, a secretária, ela vai leva um prontuário pra a #, um agendamento, são cinquenta, cem prontuários, então, tem a listagem e ela vai conferindo um por um, o que não foi, ela coloca um M do lado, que a gente sabe que ele não...

Em outra situação, esta mesma fonte (**P8**) descreve como orienta seus pares a proceder na busca:

**2º momento:** [Mas você, você consegue saber que foi aquele médico, ou aquela médica que pegou aquele prontuário?] Sabe quem foi. Mas aí é onde tem outro problema, eles falam que devolveram, o prontuário, sendo que não devolveram; aí, mas ninguém quer saber, a culpa é do arquivo! O problema é justamente esse: o médico fulano de tal levou o prontuário, ele não devolveu; de lá, ele empresta para outro médico, aí você vai atrás dele: “Doutor, tem uma saída nessa data aqui com seu nome, desse prontuário”. “Ah! Mas não tá comigo não, que eu devolvi pro arquivo!”. “Ah! Devolveu como, que não tá lá?”. “Vocês devem ter arquivado errado!”. Quer dizer: então, o sistema não funciona, né?! Tá assinando atestado de burrice, né! Porque, infelizmente, o controle que a gente tem, ninguém acredita! Então, tudo, a culpa é do arquivo médico! (Grifo meu).

De certa forma, o que prevalece no encontro são disputas entre regimes de verdade. Digamos que, ao ignorar o que fundamenta uma Instituição (normas e regras), outras Instituições agem de acordo com suas necessidades para atingirem seus objetivos, isto é, suas próprias normas e regras. Sendo assim, a maneira mais adequada que a Instituição arquivo médico identificou para lidar com situações dessa ordem e dar sentido ao seu fazer, foi estabelecer entre seus pares em seu processo de trabalho alguns procedimentos, “mecanismos” estratégicos, que produzam furos no muro para sua própria sustentação enquanto Instituição.

À medida que constatarem alguns fatos que ocorrem em procedimentos rotineiros de distribuição de prontuários, reagem de maneira que estabelecem mecanismos para se protegerem dos recorrentes percalços de perda de documentos. Na circunstância a seguir, **P8** apresenta uma situação deste tipo e a maneira como estabeleceram limites para seu enfrentamento:

**3º momento:** (...) é tanto prontuário na cabeça delas [secretárias, auxiliares, recepcionistas etc.], que, querendo ou não, acaba se perdendo. Aí, quer dizer, ela levou um prontuário pra a #, e ela diz que o prontuário num tá lá [no setor]! Aí, você movimenta no sistema [de informática], ó! O sistema tá dizendo que tá lá sim! “Ah! Mas não foi no agendamento, não, foi no agendamento errado”. Então calma aí,

que eu vou conferir. “Cê” vai lá na filipeta, que ela mesma conferiu, tem a assinatura dela: “Você levou sim, tá tchicado aqui, que você levou!”. Então, foi um meio que nós, entendeu, tivemos que desenvolver pra poder ter um outro tipo de controle. Eu “to”, também “to” tentando bolar um meio de ter mais alguma outra coisa, é, cada secretária que vier levar um prontuário tem que assinar, um papel, dizendo qual é o prontuário que tá levando! Porque elas não fazem isso. Vem, pega o prontuário, a gente anota na, na nossa planilha que tá levando, e joga a movimentação no Sistema, é o único controle que nós temos. Tá, eu “”ô” tentando ver outro meio de fazer isso. Pesquisa também, médica pega a pesquisa, ao invés de levar “pro” setor, coloca os prontuários dentro da mochila e simplesmente vai para casa. Já acharam um prontuário daqui no banheiro do Rio Sul. [...] No banheiro do Rio Sul, vieram entregar aqui. Porque, eles pegam, ao invés de estudar aqui dentro do hospital, ele diz que vai levar pra o setor: “Ah! Eu vô levar ‘pro’ meu setor, que de lá eu vejo melhor”. Tudo bem, você dá a saída pra ele. De lá, ele põe o prontuário na mochila, vai pra um shopping, vai pra casa, deve ter sentado na praça de alimentação [do shopping], de lá foi pro banheiro, esqueceu no banheiro, e, foi embora! Aí, e aí? Como você vai ter controle desse prontuário? Fica difícil! (Grifo meu).

Criar estas e outras formas de controle mostraram-se necessárias porque, de certa maneira, alguns processos de alteridade<sup>84</sup> não se colocam em questão. O trabalho é do outro, as regras são do outro! Neste outro fragmento do depoimento de **P8**, houve relato de situação análoga, em que o integrante da Instituição foi pragmático em sua interpelação:

**4º momento:** Aí, depois que a chefia pegou uma médica colocando prontuário [na bolsa] – que agora se tornou uma coisa tão normal, isso, entre aspas, porque você, daqui a gente já viu médico botando prontuário, ali no pátio, dentro da bolsa, e, saí aqui pela portaria. Aí, da outra vez que o chefe viu a médica fazendo isso, ele foi atrás dela até o estacionamento, chegou lá, ele falou: “Ah! Eu queria pegar esses prontuários que tão dentro da sua bolsa, aí!”. “Ah! Não, não, não vou levar pra casa, não, tô, só vim botar meu jaleco, no carro”. “Tá, então tá bom, tá, você pega o prontuário e devolve pro arquivo”. Aí ela foi e voltou pro hospital e voltou com o jaleco. “Ué, você não ia deixar o jaleco? Por que você voltou com o jaleco?”. Quer dizer, ela ia levar os prontuários pra casa, aí, agora é proibido levar a pesquisa pra outro setor, tem que olhar a pesquisa dentro do arquivo, por isso que foi proibido.

Considero que esta e outras estratégias empregadas pelos trabalhadores da Instituição arquivo médico ocorreram porque, em certa medida, as relações no campo da saúde atentam a formas hierarquizadas e estratificadas, apoiadas diretamente em

---

<sup>84</sup> Ser outro, pôr-se ou constituir-se como outro. A alteridade é conceito mais restrito que diversidade e mais extenso que diferença (...) (ABBAGNANO, 2007: 35).

práticas sustentadas por processos de trabalho em saúde a partir da dimensão do agir médico hegemônico. Portanto, o analisador **documento perdido** alcançou relevância na elaboração e sistematização desta investigação, permitindo revelar como práticas apontadas em parágrafos anteriores estão presentes na rotina, fazendo parte dela, mesmo que comprometendo algumas atividades do arquivo médico e, também, de outras Instituições.

#### **4.2.2 Ponto de olho de rola do bordado-tese: analisador processo de trabalho**

Em diversos momentos, inúmeros depoimentos nos convocaram a investigar que outras questões surgiriam devido à perda ou “supressão” momentânea de documentos, afetando direta ou indiretamente diferentes Instituições (medicina, enfermagem, gestão, usuário etc.) dos estabelecimentos hospitalares. Para tanto, tornou-se primordial indagar nos registros dos diários dos momentos e das entrevistas se outros episódios teriam o “peso” ou a “força” em se mostrarem enquanto analisadores, capazes de revelar processos pertinentes ao cotidiano das Instituições.

À medida que o exercício de (re)leitura do material avançou, foi possível identificar outro potente analisador – **processo de trabalho**. O interessante é que este surgiu na investigação, inicialmente, como o tema, aquele sobre o qual as fontes teriam que discorrer. Entretanto, ao longo deste exercício associado à escuta do áudio das entrevistas, outros elementos foram aparecendo, alimentando e compondo outra/nova cena. Sendo assim, revelaram-se mais aspectos desse cotidiano que, numa primeira “vista” das fontes, não me pareceram episódios que se restringissem a descrições “frias” de parâmetros, procedimentos e métodos e, portanto, valiam ser explorados.

Por outro lado, creio que seja importante destacar que este processo de trabalho ao qual me remeto está referido à maneira como as atividades são executadas no cotidiano, num fazer dia a dia, nos embates que pouco ou quase nada são percebidos; constituindo a própria “natureza” desta Instituição.

Em alguns momentos pude perceber que, neste processo de trabalho, o grupo de trabalhadores estabelecia formas próprias de agir, fosse para administrar percalços do dia a dia, fosse para agilizar a dinâmica de suas atividades, fosse em simples conversas sobre a execução de suas tarefas.

Nessas últimas, ao tratar de assuntos pertinentes aos afazeres rotineiros, empregavam termos próprios, como códigos, uma espécie de “dialeto”, que só aqueles que integram esta Instituição são capazes de acompanhar. De certa forma, restringiam ao seu universo a interlocução e garantiam certo “domínio” sobre o processo de trabalho em saúde através da produção de micropolítica do trabalho vivo em ato, característico daquela Instituição arquivo médico.

Neste depoimento da fonte **P2**, este “dialeto” se constitui, toma forma, ao longo da dinâmica cotidiana:

**5º momento:** (...) O processo de trabalho? [o fazer cotidiano] Hum! que nós “faz” na rotina, no dia a dia? [...] Eu sei, a rotina! É, nós “chega” de manhã cedo, no caso, arquiva os prontuários, tira agenda; no caso, atenda alguém quando chega de manhã cedo, que 07h da manhã já tem alguém chegando, aí, pega prontuário pra levar pro HU. No caso, também depois cola os exames, faz alguma internação de manhã cedo. Emergência, também, sempre tá chegando pra poder colá. [o que é colar?] Hum? Arquivar. Nós “fala” colar. (Grifo meu).

Após a surpresa que o termo causou, **P2** se sentiu na obrigação de fornecer mais esclarecimentos sobre características próprias de uma espécie de “glossário” restrito à Instituição arquivo médico; continuando:

**6º momento:** Arquivar: emergência, exame, internação, sempre fazer internação, e o mais puxado mesmo é o exame mesmo, vem sempre bastante, quase todo dia desce, o exame e a agenda, é, tem que subir todo dia. Agora mesmo tá por 3, agora, tá dando por 3 pessoas, só pra subir, no caso deve dá uns cento e poucos prontuários pra poder tirar, cada um, todo dia. Fora os que, os extras que sobe. (Grifo meu).

E os relatos sobre este processo de trabalho continuam

**7º momento:** [o que é o extra?] Esses [prontuários] que, a mãe vem, a mãe vem, no caso passa na triagem, aí dão o número pra ela e, no caso, não tá agendado, aí, entra como extra essa consulta. No caso, deve subir mais de 100 extras, aí... só que é dividido pra 3. Deve dá entre 30, 30 e poucos prontuários. No caso, também a parte da tarde a gente tem que arquivar quando desce. Restante dos prontuários que foram atendidos do dia seguinte e de manhã. Aí “nós” já deixa a agenda em ordem pra poder tirar no dia seguinte pra poder subir. Assim, o arquivo morto também, o arquivo morto sempre tem algum pedido, pra poder pegá prontuário no morto. Esses boletins aqui [na sala de pesquisa] também a gente sempre mexe.

Em outro momento, o que poderia ser um fazer “viciado” devido à repetição das tarefas para agilizar sua dinâmica, revelou-se para além do domínio de um ofício:

**8º momento:** [Por que você diz que vocês têm mais facilidade?] O tempo, né! A gente aprende mais rápido o serviço. [...] Já bota em ordem. Porque com o tempo é que você pega prática mesmo, qualquer serviço, com o tempo você pega uma prática. [...] E essa prática ajuda muito. [por exemplo: ajuda como?] Até no, no botar em ordem, bota em ordem, já em lugar certo, já. [como é que você sabe que é o lugar certo?] Tipo assim, vamos supor, eu vô trabalhar, agora tô de 66 até 99<sup>85</sup>... [...] É, já vô no 66. Tipo assim, se tiver 92, vô pra parte de baixo, na parte de 80, já vô mais embaixo; o começo tá em cima, já vô, mais ou menos, olhando, tendo noção mais ou menos onde que é. [você tem um método?!] É, já vai ali certo, ali no lugar. Só confere,

---

<sup>85</sup> Esta numeração comporta os intervalos onde estão organizados e distribuídos os prontuários nas estantes e os trabalhadores por seus respectivos postos. Esta distribuição está explicitada no tópico 3.3.2 – IPPMG, deste estudo.

puxa e arquiva! [mas, tem paciente que você já reconhece?] É, principalmente da #, sempre, quase toda semana as pessoas tão, 2, 3 vezes, aí da #. [são sempre os mesmos pacientes?!] É, # [...] Sempre tá vindo aí: da # sempre, às vezes vem, de 15 em 15 dias, que pega receita. [já sabe até onde é o lugar?] Não sabe, mas já tem noção mais ou menos o número, né! Todos eles quando vai, nós já “bota” em ordem, já vai arquivar em ordem. No que a gente vai arquivando, já tem noção mais ou menos onde é que tá o prontuário, já vai no lugar certo! (Grifo meu)

Neste caso, acertar o lugar é muito mais que decorar onde encontrar cada prontuário. Considero que, de fato, é um “estar ciente” que fala muito da potência de vida que ocorre na produção da micropolítica do trabalho vivo em ato, onde o trabalhador desta Instituição é, a todo momento, atravessado pelas histórias de vida que estão contidas naqueles documentos. Essas histórias agenciam modos de fazer e construir o cotidiano das ações, onde seus trabalhadores conseguem distinguir a frequência dos tratamentos, estabelecendo certa ordenação para garantir o fornecimento adequado do documento de acordo com a urgência de cada especialidade.

Além disso, a maneira com que os integrantes da Instituição arquivo médico desenvolviam suas tarefas levou-me a refletir quão complexa ela se apresenta. De fato, a “mecânica” da guarda documental do acervo amplificava-se por diferentes afazeres que aos poucos foram sendo revelados pelo analisador **processo de trabalho**. Portanto, a esta “guarda documental” dos prontuários, que já pressupunha algumas demandas (arquivamento, retirada, colagem...), somava-se uma série de outras atribuições, com diversas etapas cujo domínio, geralmente, cabia apenas aos integrantes desta Instituição.

**9º momento:** [o serviço social pede o prontuário?] Às vezes pega o prontuário, mas nem sempre o prontuário tá aqui; às vezes tem alguma consulta, o prontuário tá lá em cima, a mãe veio e passou. Aí, eles [médicos] atendem lá, depois mandam as folhas para cá. Aí nós confere uma por uma, aí assina, devolve outra folha pra eles, aqueles números todos; aí divide pro posto, pra não ficá sem numeração. [ainda têm que botar a folha dentro do prontuário?] É, [além] dessa folha vem uma folha menor e um exame; só que essa fica por segunda, a folha de rosto. Aí tem a folha de rosto, tem a do ambulatório e ela fica em 3º lugar. [...] Às vezes vai até lá [ao Serviço], às vezes elas [mães de usuários] pegam, mas às vezes, [porque] nem sempre os prontuários estão aqui. [elas pegam um prontuário extra?] É, pega e leva... [...] A folha, elas [Serviço Social] têm umas folhas delas lá, é! E às vezes devolve aqui, mas nem sempre! Junta lá as folhas e mandam para cá. [...] Cola os exames, no caso, essas folhas também, emergência também, emergência! Essas folhas avulsas também, porque às vezes, o médico, às vezes, atende sem prontuário. Vai tudo pra dentro do prontuário, folha de devolução ...

Quer dizer, o próprio processo de trabalho demanda outras ingerências para que o “simples” movimento da dita “guarda documental” ocorra. Por isso, foi preciso que **P2** me esclarecesse do que mesmo estávamos tratando naquele momento:

**10º momento:** [Isso é o trabalho do arquivo, ou vocês fazem “a mais?”] Isso aí é o trabalho mesmo, isso é nosso, é responsabilidade nossa, a gente tem que colocar dentro do prontuário, exames, folhas, tudo que vem. Faz parte, a gente tem que colocar. [além de retirar o prontuário...] É! Tem essa colagem de folha. [...] Essa emergência que vem, tem que ir pra dentro do prontuário; a gente tem que pesquisar lá no sistema: quantas consultas teve? Se teve [consulta no] ambulatório? E se não teve, vai vir para dentro dessas caixas ... É, porque nós “vai” pelo número. No caso, emergência quando desce, antigamente, porque agora está fechada a emergência, agora está vindo pouco, mas antigamente vinha bolo assim, ó! Mais do que vem exame! Ali no mínimo devia passar 50 crianças, até mais por dia, por semana daria várias “emergência”. Então, no caso, de 2 em 2, 3 dias, uma vez por semana sempre vinha [folha da] emergência, e vinha bastante! Aí, nós “bota” em ordem, divide tudinho, olha no sistema... É! Olha no sistema no computador, vê o que foi primeira vez, separa, e vê o que vai pra estante. Vai pra estante, no caso, que teve já ambulatório.

Ainda, com esta mesma fonte, foi possível ter alguns outros esclarecimentos, digo, da ordem do funcionamento do próprio Sistema Único de Saúde. Ao explicitar parte da engrenagem de acesso aos prontuários, exames etc., tanto as Instituições medicina, enfermagem, entre outras, como a dos usuários, **P2** se ateve ao fato de que cada consulta que, por ventura, deixasse de ser registrada no sistema de computação, representaria custo ao próprio SUS.

**11º momento:** Então, quando eu subia com prontuário, deixava lá [nos serviços] e voltava pra cá [setor de arquivo], passava na triagem, que antigamente era só a triagem que pedia [prontuários] [...] Esses pedidos, esses extras. O ambulatório não pedia. Era raro os “ambulatório” pedir um prontuário, porque, até mesmo se alguns extras que pedem lá em cima, não “chegar”, nem a confirmar essa consulta aqui, no caso, isso gera até dinheiro pra o hospital cada consulta dessa. E, tem que jogar no sistema.

De certa forma, alguns efeitos presentes na dinâmica das relações de produção foram revelados a partir da análise do cotidiano da micropolítica do processo de trabalho em saúde dos trabalhadores da Instituição arquivo médico. Em seu depoimento, quando **P2** repercute claramente alguns desses efeitos, de certa maneira, reconhece o quanto algumas práticas podem fragilizar a garantia do ato de cuidar ao gerar custos ao estabelecimento hospitalar, conseqüentemente ao SUS, que, talvez, fossem evitados. Nesse enunciado, percebe-se que, ao ponderar sobre o funcionamento da rede de

serviços, **P2** reforça a importância que esta Instituição ocupa nesta engrenagem com seu processo de trabalho, pois também opera para sua manutenção. Ademais, considero que a formulação de tal enunciado se deva a processos de subjetivação que se produzem em seu fazer cotidiano. Na medida em que **P2** foi detalhando as etapas de suas atividades, diversos atravessamentos ganhavam visibilidade, abrindo outras possibilidades de entrada, configurando-se em outros possíveis platôs na “trama” deste bordado filé.

**12º momento:** Às vezes, a mãe quando é conhecida, já sobe direto. [...] É! Até já vai lá em cima, já dá um jeito lá e sobe, às vezes entra por lá, conhecida, aí vai, lá o médico, faz, manda a enfermeira fazer o pedido, ela faz, solicita, ele desce e pega. Só que não confirma no sistema. [...] É! Sobe como extra, mas no sistema você pode jogar depois que a consulta nem conta. [...] Às vezes, você vai dar uma resposta, vai ver lá no lugar, tá pra um médico, lá, da especialidade, e vai no sistema, aquela consulta não tá batendo com a guia que tá lá, porque não foi confirmada aqui. [...] Com a ficha que tá lá. [com a guia fora?] É! Não tá batendo! [...] No sistema! Porque no sistema o certo é: todo mundo que passar, tem que passar pela triagem. [...] Caso, [deve] pegar um número e jogar no sistema, [para] a consulta, o médico, a especialidade e tudo. [aí, aparece na agenda de vocês?] É! Vamos supor: se daqui um mês, um mês ou antes, se nós “quiser” ver no sistema essa consulta vai constar, no caso, se não passar pela triagem, não vai constar. E isso gera dinheiro pro hospital, cada consulta dela. [...] [porque o SUS repassa, né?] É! Cada consulta dessa. Por isso, que antigamente quem pedia era só a triagem. Se a mãe subisse direto, tinha que descer aqui, confirmar a consulta, a triagem pedia até de caneta vermelha e a mãe subia e aguardava lá em cima, e eu deixava o prontuário lá pra ela. (Grifo meu).

O que de fato me surpreendia, à medida que as entrevistas avançavam, era o domínio das diferentes atividades que circulavam no ambiente do próprio estabelecimento hospitalar e encontravam-se implícitas no cotidiano dos trabalhadores desta Instituição. Aquele ofício que compunha o dia a dia desta Instituição e era “comumente” nominado por seus integrantes de forma bastante prosaica como rotina – arquivar e desarquivar prontuários – produzia-se a partir de outros agenciamentos que pouco ou nunca eram por eles percebidos. Considero que, para eles, certa invisibilidade operava em suas próprias práticas, para reduzi-las e as tornar “basicamente”, como muitos deles informavam, rotinas de “arquivar e desarquivar prontuários”.

Invariavelmente, todas as nove entrevistas (IPPMG e IFF) iniciaram com alguma referência ao trabalho “simples”, “básico” e “rotineiro” do arquivo médico. Contudo, à medida que a tomada dos depoimentos ocorria, os próprios entrevistados se revelavam surpresos com o quanto havia de abrangência nas “coisas” que aquela atividade “simples” os levava a agenciar, e com as diversas conexões que eram capazes de

produzir. Em ambos os estabelecimentos foi possível reconhecer desde a percepção de que os fazeres iam além do que admitiam, até a perplexidade, em dado momento, frente à complexidade e ao comprometimento exigidos em tal rotina.

Eram movimentos ou processos que produziram pororocas em mim, em que cada depoimento surgia como dispositivos ao dispararem outras e novas reflexões quanto aos “existires” invisíveis na/da saúde. A partir de novas dobras simultâneas que reverberavam em mim, bordadeira filé implicada, ao reconhecer que outros/novos platôs se formavam, abrindo outras entradas, tecendo com linhas de cores, espessuras, pontos etc., outros e variados formatos, algumas possibilidades de construção do conhecimento acerca do processo de trabalho em saúde se tornavam mais consistentes. Principalmente, porque eram experiências de processos de trabalho com relativa semelhança, porém com identidades próprias, mas que, de alguma maneira, apresentavam as mesmas afecções por parte de seus integrantes. O que de fato os diferenciava no fazer cotidiano estava diretamente referenciado às funções características de cada estabelecimento hospitalar, porque além de se estruturar a partir de demandas específicas, agregava outros elementos ao processo de trabalho cotidiano.

Quando **P9** narra suas atribuições, elenca-as a partir daquele mesmo ponto de vista que é notório entre os integrantes da Instituição arquivo médico:

**1º momento:** (...) sou plantonista do arquivo médico. Meu trabalho basicamente é tirar os prontuários dos agendamentos dos ambulatórios pro dia seguinte. (Grifo meu).

Contudo, à medida que dá continuidade a seu depoimento, um detalhamento minucioso vai se descortinando, tecido, forjando a dimensão da sua complexidade.

**2º momento:** (...) Fazer o censo, que é contagem dos pacientes que estão internados, dando alta, transferência, né: isso atualiza o sistema, para o faturamento do hospital, entendeu?! Já que a gente não tem o processo totalmente informatizado; é preciso que uma pessoa vá nas enfermarias, colha todos os dados e passe pro sistema, entendeu?! Para que o outro setor [faturamento] dê continuidade. Mas o meu trabalho é basicamente a tiragem dos prontuários, que é o principal, né! Tirar todo agendamento dos prontuários e arquivamento dos exames também. (Grifo meu).

O interessante é que **P9** permanece durante boa parte da entrevista reforçando que suas tarefas se restringem basicamente à tiragem dos prontuários, mesmo que em sua narrativa ele faça referência a outras demandas que envolvem a própria administração do estabelecimento, consequentemente do SUS: “(...) isso atualiza o sistema, para o faturamento do hospital, entendeu?! Já que a gente não tem o processo

totalmente informatizado; é preciso que uma pessoa vá nas enfermarias, colha todos os dados e passe pro sistema”... Mesmo que esta não seja sua função, far-se-á como parte de suas atividades rotineiras, sabendo que o tal censo representa algo muito além de um levantamento de dados para fins estatísticos e/ou epidemiológicos.

Adiante, à medida que explicita suas atribuições de plantonista na Instituição, relaciona-as aos tipos de vínculos e prestações de serviço que o estabelecimento oferta aos usuários.

**3º momento:** O processo de trabalho é tiragem de prontuário, é abertura de prontuário. [...] abrimos prontuário, no plantão. Já que não tem mais ninguém, [porque] seria só o plantonista, nós fazemos a abertura do prontuário do paciente. [...] dos pacientes de internação. Porque, já que aqui não é emergência, mas é um hospital de referência! Então, assim, a maioria dos prontuários abertos pelo plantão, é ... que vem de outro hospital ou pela central de regulação de leitos, né, do Estado [do Rio de Janeiro]. (Grifo meu).

Ademais, **P9** relaciona a função do arquivo médico à complexa rede de cuidado, da lógica que orienta a assistência a partir do hospital de referência até à do sistema de regulação. E, continua em sua narrativa, percorrendo alguns outros processos de trabalho:

**4º momento:** [Você abre prontuário de alguém que vai internar?] É, alguém que vai internar. [Por que, há diferença do que os diaristas fazem?] Isso, os diaristas abrem os prontuários para o ambulatório e, claro, para internação também, durante o dia. Mas, basicamente o prontuário aberto à noite é pra internação. [Como é esse processo, você está aqui?] Isso! O paciente chega com a solicitação de abertura de prontuário, assinado pelo médico, e especificando nessa solicitação qual é a enfermaria que a criança, ou a gestante vai ser internada. [Ela entra pela portaria e vem direto pra cá, ou ela sobe?] Ela é encaminhada primeiramente, assim que ela chega ao hospital, pra enfermaria. Lá, o médico ou a médica faz a solicitação e pede pra vir aqui no arquivo, fazer a abertura de prontuário. [e uma parturiente, que chega sozinha, passando mal] Sozinha? [...] É, sempre ela vai direto pra enfermaria, ela nunca passa primeiro pelo arquivo, entendeu?! Ela vai primeiro pra enfermaria, aí, depois... [...] Aí vem um responsável com ela. [Nesse horário não vem nenhum assistente, enfermeira, ninguém?] Não, não desce ninguém! Vamos supor, se por acaso que ela vier sozinha, ou de ambulância, mesmo assim, sozinha, é ..., um funcionário de lá, da enfermaria, passa os dados pro arquivo. [Por telefone?] Por telefone, ou desce alguma enfermeira, com alguma coisa, com os dados da paciente, e a gente faz a abertura do prontuário.

De certa forma, algumas das especificidades do próprio estabelecimento hospital estipulam quais serão as atribuições desempenhadas pelas Instituições que o compõem. No caso do IPPMG, a Instituição arquivo médico, que funciona durante a semana, de

segunda à sexta-feira, manhã e tarde, conversa com outras Instituições, diferenciando-se da Instituição arquivo médico do IFF, com atribuições materno-infantis, de segunda a segundas-feiras, sem intervalo entre os atendimentos. Neste caso, a agenda do arquivo médico no IFF conta com um contingente amplo de interlocutores e funções, devido ao fato de o estabelecimento funcionar durante 24 horas. Além de especialidades relativas à pediatria combinadas à maternidade, outras tantas estão condicionadas a estas, exigindo certa diversificação de atribuições que o analisador **processo de trabalho** revelou e me permitiu investigar.

Devido à especificidade de atendimento ofertado pelo IFF, o grupo de trabalhadores da Instituição arquivo médico se depara com dois processos de trabalho em seu cotidiano, não remetidos ao fato de suas atividades se estenderem aos finais de semana. Às jornadas diurnas, desempenhadas pelos diaristas, somam-se as noturnas, pelos plantonistas. A estes últimos, cabe, além de executar o “básico”, realizar o censo... Há certa diversidade de situações neste estabelecimento. De acordo com o tipo de nascimento, há prontuários a serem produzidos com especificações de preenchimento próprias, isto é, o trabalhador do arquivo precisa ter domínio desta “variação sobre o mesmo tema”! Cada caso exige um tipo de preenchimento de prontuário:

**5º momento:** [Se a parturiente tiver neném, é “filho de”, né? Vai abrir prontuário como “filho de?!”] Isso, “filho de”, abertura de prontuário pro # cirúrgico, ou pro berçário. Mas nem todos os recém-nascidos abrem o prontuário, entendeu? [Sim, isso eu aprendi. É no nome da parturiente.] Isso! Mas normalmente só as crianças que vão pro berçário, que abrem o prontuário, normalmente. [Criança que nasce e não vai embora logo com a mãe, é isso?!] É, exatamente, que fica internada. Às vezes, nem sempre, a criança, nasce, e é atendida com o prontuário da mãe. Eu só não sei lhe informar até que idade ela pode ser atendida pelo prontuário da mãe. [...] “Filho de”! [Quando a gente fez o, o censo, aí o **P8** e a **colega8**, me mostraram: tá vendo, aqui, ó, não tem o nome da criança] É, não tem, porque não está registrado ainda.

Neste momento, o diálogo que se desenvolveu foi esclarecedor, e trouxe uma importante oferta por parte do plantonista **P9**, sobre o processo de trabalho da Instituição arquivo médico, isto é, a complexidade dos arranjos que compõem o fazer desta.

**5º momento:** [Aqui estava constando que esse leito estava ocupado pela criança, aí a pessoa explicou: não, ele foi pra outro (não me lembro o nome), mas pra outro ambulatório, porque aí já saiu daquela, daquela situação lá, de emergência, já foi, aí, ele anota na agenda, quando chega aqui, ele tem que fazer a modificação] Modificação!

[Da movimentação, movimentação de leito] Modificação [da movimentação] de leito, isso aí!!

E, ainda,

**6º momento:** A gente também libera o atestado de óbitos, entendeu? O atestado de óbitos fica no setor de estatística, a gente faz a liberação do atestado de óbitos, entendeu?! A gente dá o livro pra a médica, a médica preenche os dados da, do paciente, e a gente libera a via do atestado de óbito pra eles. [Vocês e o pessoal do dia também? Porque ninguém nunca me falou isso!] É, porque o pessoal do dia não pega o atestado de óbito, porque o setor de estatística está funcionando. Como eu sou o plantonista, tem que ser eu. Já aconteceu de falência... cerebral, né! ...

Portanto, este outro analisador **processo de trabalho** cumpriu a função a que se destinam os analisadores, isto é, ao evidenciar vários aspectos contidos no dia a dia da Instituição arquivo médico, possibilitou revelar questões pertinentes à dinâmica do cotidiano a partir da micropolítica do trabalho vivo em ato. Nesta dinâmica, foi possível reconhecer que várias questões que surgiram do encontro em acontecimento entre os integrantes desta Instituição e, por vezes, com seus interlocutores, acionaram processos de subjetivação vigorosos capazes de produzir muito mais movimento que paralisia. Ao conduzirem suas atividades, mesmo com pouca ou nenhuma visibilidade, fizeram-no com a perspectiva de possibilitar a manutenção das ações, tanto de outras Instituições, como do próprio estabelecimento hospitalar na produção do cuidado em saúde.

Em certa medida, o processo de trabalho na Instituição arquivo médico se constitui a partir de diferentes conexões como um exercer rizomático com diferentes entradas e platôs. Seja pelo ofício que a faz de fato reconhecida enquanto um arquivo médico, principalmente por outras Instituições (medicina, enfermagem, gestão, usuários etc.), mesmo que, “basicamente” exerça a guarda documental; seja pela capacidade de estar, mesmo que “junto e misturado” todo o tempo e o tempo todo, invisível na produção do cuidado em saúde dos estabelecimentos hospitalares, a produção de conhecimento e de singularizações que sua invisibilidade opera em seus integrantes permite que suas atividades laborais estabeleçam formas próprias, em ato, de lidar com o processo de trabalho na produção do cuidado em saúde.

## Parte V – Considerações finais

Durante o processo de produção deste trabalho, pude observar muitas mudanças em seu conteúdo, forma e estrutura. Contudo, a principal modificação que percebo neste momento está sendo operada em mim, na maneira como meu devir bordadeira me invadiu por inteira. Percebo que me tornei uma bordadeira implicada atravessada pelas formigas dobradeiras do Moebius, sentindo os rodopios da pororoca que me possibilitaram experimentar as possíveis entradas rizomáticas na produção deste bordado-tese.

O exercício de investigar processos de subjetivação no cotidiano do processo de trabalho em saúde por meio de alguns conceitos-ferramenta potentes foi um passo ousado. Porém, mais ousado e instigante ainda foi reconhecer o conceito Instituição, neste caso a Instituição arquivo médico, seja na perspectiva da micropolítica do trabalho em saúde, seja na perspectiva da Análise Institucional.

Além disso, espero ter trazido para compor este bordado de muitas tramas, cores, pontos... o debate acerca do grau de opacidade de uma Instituição potente como a do arquivo médico que, gradativamente, procurei tornar límpido, a partir de um possível reconhecimento de que seu processo de trabalho em saúde produz vida, produz cuidado. Por um lado, penso que tal contribuição resulte do exercício ousado e do emprego adequado e fundamental de conceitos-ferramenta, tanto na investigação teórico-metodológica fornecida pela Análise Institucional – analisadores e instituição, enquanto instrumental necessário a revelar processos que regulam as relações no cotidiano das/nas Instituições nos estabelecimentos hospitalares; quanto na tomada do foco de análise, por vezes difuso, em função dos meandros que conformam o cotidiano da micropolítica “processo de trabalho em saúde”, a partir do encontro com os trabalhadores e suas experiências como Instituição.

Por outro, que esta análise e esse exercício tenham sido oportunos para possibilitar o reconhecimento do protagonismo da Instituição arquivo médico, dando visibilidade ao processo de trabalho dos integrantes dessa Instituição em ambos estabelecimentos de saúde, processo este que está para além da fundamental e importante guarda do acervo documental. E que, também, tenha sido possível mostrar os processos de subjetivação que sustentam a manutenção das atividades através do

trabalho vivo em ato, processos tais que cooperam para o enfrentamento e superação das adversidades que compõem o cotidiano dos trabalhadores do arquivo médico.

Portanto, o que considero ter recolhido de todo este esforço de construção teórica resulta na busca em produzir elementos consistentes que fundamentem a hipótese conceitual de que territórios invisíveis são forjados no cotidiano do processo de trabalho em saúde da Instituição arquivo médico em estabelecimentos hospitalares. Enquanto um conceito, tais territórios se produzem através do/no encontro, do/no atravessamento, entre o grupo de trabalhadores do arquivo médico e outras Instituições interlocutoras; inclusive, no interior de seu próprio grupo, mantendo regras, normas, acordos etc., ou estabelecendo novos/outros arranjos num “jogo” próprio que sustente o arquivo médico enquanto Instituição.

Forjado no encontro, na tentativa de construir “métodos”, estratégias que deem conta das demandas rotineiras e agenciadas por diferentes situações (in)esperadas, é em acontecimento que se constituem e produzem os tais territórios invisíveis. Desta forma, sobrevivem a certa invisibilidade crônica a que estão submetidos, mesmo que componham a rede de produção de vida de seus estabelecimentos hospitalares. À medida que os trabalhadores do arquivo médico tentam equacionar demandas, é na produção do trabalho vivo em ato, dos afetos, que reside o desejo capaz de criar, constituindo o que nomino de território invisível. Território vivo das ações, destes desejos, resultantes de agenciamentos, capturas, furos no muro, produção de vida. Este é o território do não-dito, das invisibilidades, que

é feito de fragmentos decodificados de todo tipo, extraídos dos meios, mas adquirem a partir desse momento um valor de “propriedade”: mesmo os ritmos ganham aqui um novo sentido (ritornelos). O território cria o agenciamento. O território excede ao mesmo tempo o organismo e o meio, e a relação entre ambos; por isso, o agenciamento ultrapassa também o simples “comportamento” (...). (GUATTARI e ROLNIK, 1997: 218).

E, principalmente, dos processos de subjetivação que decorrem da relação entre os sujeitos desta Instituição que, por se encontrarem invisíveis, produzem trabalho vivo em ato, e que, ao mesmo tempo, ao se singularizarem, são capazes de sustentar seu fazer laboral. Ao inventarem seus territórios invisíveis, (des)territorializam alguns regimes de verdade na relação com/entre Instituições, fortalecendo-se a partir da micropolítica do cotidiano de seus processos de trabalho em saúde. É deste lugar do fazer, da produção de territórios invisíveis, que os trabalhadores da Instituição arquivo médico atuam e

participam como qualquer outra Instituição no estabelecimento hospitalar (medicina, enfermagem, gestão etc.) para, sim, produzirem outras formas possíveis do cuidado em saúde, repercutindo na produção da vida.

## Referências Bibliográficas

ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABRAHÃO, A.L. *Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência*. Campinas, São Paulo: [s.n.], 2004.

ABRAHÃO, A.L.; MERHY, E.E. *Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar*. São Paulo: Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, n. 49, p.313-324, abr. - jun., 2014.

ANAIIS da III, IV, VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde.

ANDRADE, M.M. Proposta para um resgate historiográfico: as fontes do SESP/FSESP no estudo das campanhas de imunização no Brasil. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro – Manguinhos, v. 10 (suplemento 2), p. 843-848, 2003.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

AUERBACH, E. *Mimesis: a representação da realidade na literatura ocidental*. São Paulo: Perspectiva, 2007.

BARROS, R.B; PASSOS, E. A construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 16, n. 1, p. 071-079, jan.–abr. 2000.

BARTHES, R. *A câmara clara: nota sobre fotografia*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.

BERGSON, H. *A evolução criadora*. São Paulo: Martins Fontes, 2005. (Coleção Tópicos).

BERTUSSI, D. *et al.* Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p. 306-324. Disponível em: [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps). Acesso em: 06/09/2012.

CAMPOS, A.L.V. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: v. 13, n. 3, maio – jun., p. 879-888, 2008.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CECCIM, R.B.C. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n.16, p.161-177, set. 2004/fev. 2005.

COSTA, L.M. *A poética de Aristóteles*. 2ª ed. São Paulo: Ática, 2006. (Coleção Série Princípios – 217).

COUTO, M. *Mulheres de cinzas: as areias do imperador: uma trilogia moçambicana*. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2015. (Livro 1).

CUNHA, L.A.R. O sistema de ensino técnico industrial. In: CUNHA, L.A.R. *Política educacional no Brasil: a Profissionalização no Ensino Médio*. Rio de Janeiro: Livraria Eldorado Tijuca LTDA., 1973. p. 49-95. (Coleção META).

DELEUZE, G. ¿Que és un dispositivo? In: DELEUZE, G.; GLUCKSMANN, A.; FRANK, M.; BALBIER, E. *et all* (ORG.). *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161.

\_\_\_\_\_. *O mistério de Ariana: cinco textos e uma entrevista de Gilles Deleuze*. Lisboa: Estudo Vega/Passagens, 1996.

\_\_\_\_\_. *Diferença e Repetição*. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2000.

\_\_\_\_\_. *Espinoso: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Kafka: por uma literatura menor*. Rio de Janeiro: IMAGO Editora, 1977.

\_\_\_\_\_, *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 2. 1ª ed. São Paulo: Ed. 34, 1995.

\_\_\_\_\_, *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 3. 1ª ed. São Paulo: Ed. 34, 1996.

\_\_\_\_\_, *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 5. 1ª ed. São Paulo: Ed. 34, 1997.

\_\_\_\_\_. As máquinas desejanter. In: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Ed. 34, 2010. p. 11-71.

\_\_\_\_\_, *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 1. 2ª ed. São Paulo: Ed. 34, 2011.

DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

\_\_\_\_\_; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DREYFUS, H.L.; RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

EARP, F.S.; PRADO, L.C.D. O “milagre” brasileiro: crescimento acelerado, integração internacional e concentração de renda (1967-1973). In: FERREIRA, J.; DELGADO, L.A.N. (Org.). *O tempo da ditadura: regime e movimentos sociais em fins do século XX*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. (v. 4, p. 207-242).

FARGE, A. *O sabor do Arquivo*. São Paulo: EDUSP, 2009.

FONSECA, P.C.D.; MONTEIRO, S.M.M. O Estado e suas razões: o II PND. *Revista de Economia Política*, v. 28, n. 1 (109), p. 28-46, jan. - mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rep/v28n1/a02v28n1.pdf>. Acesso em: 25/10/2012.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. *Foucault/Gilles Deleuze*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

\_\_\_\_\_. *Ética, sexualidade, política*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. (Coleção Ditos & Escritos, v. V).

\_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b.

\_\_\_\_\_. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. (Coleção Tópicos).

\_\_\_\_\_. *Isto não é um cachimbo*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

\_\_\_\_\_. *Do governo dos vivos: Curso no Collège de France, (1979-1980): excertos*. São Paulo: Centro de Cultura Social; Rio de Janeiro: WMF Martins Fontes, 2010a.

\_\_\_\_\_. *O governo de si e dos outros: Curso no Collège de France (1982-1983)*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010b.

\_\_\_\_\_. *Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. (Coleção Ditos & Escritos, v. II).

\_\_\_\_\_. *A arqueologia do saber*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014a.

\_\_\_\_\_. *Do governo dos vivos: Curso no Collège de France, (1979-1980)*. São Paulo: Centro de Cultura Social; Rio de Janeiro: WMF Martins Fontes, 2014b.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Relatório de Atividades 2009-2012. Org.: NASCIMENTO, A. *et al.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

GONÇALVES, R.B.M. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

\_\_\_\_\_. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Subjetividade e História. In: GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 10ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010. p. 33-148.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

KASTRUP, V. *A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

\_\_\_\_\_. *et al. Políticas da cognição*. Porto Alegre: Sulina, 2008.

KAWAMOTO, E.E.; MIYADAHIRA, A.M.K. O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) no Estado de São Paulo: relato de experiência. *Revista Paulista de Enfermagem*. São Paulo: v. 25, n. 1, p. 51-6, jan. - mar. 2006.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, v. 8, n. 1, p. 194-219, jan. 2012. Disponível em: [http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/247/pdf\\_232](http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/247/pdf_232). Acesso em: 07/12/2014.

\_\_\_\_\_. *Análise Institucional e saúde coletiva no Brasil*. 1ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

LINS, C.; MESQUITA, C. *Filmar o real: sobre o documentário brasileiro contemporâneo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LOURAU, R. *A Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975. (Coleção Psicanálise).

\_\_\_\_\_. O que é a Análise Institucional. In: LOURAU, R. *Sociólogo em tempo inteiro. Análise Institucional e Pedagogia*. Lisboa: Editorial Estampa, 1976. p. 13-44.

\_\_\_\_\_. *René Lourau na UERJ - 1993 – Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LÖWY, M. *As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento*. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MACHADO, A. *A ilusão especular: introdução à fotografia*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

MACHADO, R. *O nascimento do trágico: de Schiller a Nietzsche*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MARQUES, M.; NACARATTI, R. *Avaliação do Preenchimento de Prontuários nos Ambulatórios do IPPMG*. IPPMG/UFRJ, 1995.

MARTINS, M.C. *et al. A língua do mundo: poetizar, fluir e conhecer arte*. São Paulo: FTD, 1998.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. 25ª ed. Rio de Janeiro: Editora Brasiliense, 2008. (v. 1).

MERHY, E.E. *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde*. Campinas, 1999. Disponível em:

[www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-04.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-04.pdf). Acesso em: 19/03/2012.

\_\_\_\_\_. O conhecer implicante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.A.A.; FOSCHIERA, M.M.P.; PANIZZI, M. (org.). *Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. 1ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 21-45. (v. 1).

\_\_\_\_\_. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.161-177, set. 2004/fev. 2005a.

\_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005b.

\_\_\_\_\_; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à de obra Maria Cecília Donnangelo*. Brasília: Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2004.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal Revista de Psicologia*, v. 20, n. 1, p. 19-26, jan. - jun. 2008.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Revista Saúde e Sociedade*, v.3, n.2, p. 5-21, 1994.

\_\_\_\_\_. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, jan./mai./jun.2008.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 2009 Disponível em:

<http://www.epsjv.FIOCRUZ.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 21/07/2013.

PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano de Saúde Bucal Coletiva. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, out. – dez., p. 1297-1314, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a07v21n4.pdf>. Acesso em: 01/04/2014.

PIRES, D. *Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas*. [Tese de doutorado] Campinas: UNICAMP, 1996.

PPREPS. Programa de Trabalho. Brasília, 06/1976.

ROLNIK, S. *Hal Hartley e a ética da confiança*. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/suely%20rolnik.htm>. Acesso em: 19/07/2012.

\_\_\_\_\_. *Confiança*. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/suely%20rolnik.htm>. Acesso em: 24/10/2012.

ROUDINESCO, E. *Filósofos da tormenta: Canguilhem, Sartre, Foucault, Althusser, Deleuze e Derrida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

SALLUM Jr., B. A condição periférica: o Brasil nos quadros do capitalismo mundial (1945-2000). In: MOTA, C.G. (Org.). *Viagem incompleta. A experiência brasileira (1500-2000): a grande transação*. 2ª ed. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2000. p. 405-437.

SANTOS, S.V. *Da Educação Profissional para o emprego, no PIPMO, para a Educação Profissional para a empregabilidade, no PLANFOR*: UFRGS. Disponível em: <http://www.faced.ufu.br/colubhe06/anais/arquivos/480SimoneValdetedosSantos.pdf>. Acesso em: 18/09/2013.

SAÚDE. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (Org.) *Dicionário da educação profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 248-257.

SCHRAIBER, L.B.; MOTA, A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, jan. – mai. 2015.

SIMÕES, A.P. Os núcleos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 553-560, 1986.

SOUZA, F. *O Antinaturalismo em Confiança*. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/famecos/article/viewFile/763/574>. Acesso em: 05/03/2012.

ZOURABICHVILI, François. *O vocabulário de Deleuze*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Sinergia: Ediouro, Conexões 24, 2009.

## **Anexos (Figuras/Fotos)**

**Figura 6**

<b>INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA - RJ</b>		
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> O processo de trabalho no setor de Arquivo hospitalar: um estudo descritivo sobre o cotidiano de seus trabalhadores		
<b>Pesquisador:</b> MARIA AMELIA COSTA		
<b>Área Temática:</b>		
<b>Versão:</b> 5		
<b>CAAE:</b> 02062013.2.0000.5264		
<b>Instituição Proponente:</b> Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - RJ		
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 339.227		
<b>Data da Relatoria:</b> 23/07/2013		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
Trata-se de um projeto qualitativo a ser desenvolvido com os funcionários do arquivo médico de um hospital universitário terciário pediátrico com base em observação simples, diário de campo e as entrevistas semi-estruturadas. Num primeiro momento, a observação será fundamental para que o pesquisador reconheça a natureza e o processo de trabalho dos sujeitos. Assim, estará sensibilizado e mais bem instrumentalizado para desenvolver a etapa seguinte do trabalho de campo: aplicação das entrevistas. Esta representará o meio de coleta dos fatos narrados pelos entrevistados, enquanto sujeito-objeto da pesquisa revelada a partir do momento anterior (observação simples), à medida que suas atividades forem se desenvolvendo no cotidiano do processo de trabalho. As entrevistas gravadas dar-se-ão individualmente e/ou coletivamente, variando de acordo com o momento em que os entrevistados estejam realizando respectivamente suas atividades.		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
Objetivo Primário:		
<b>Endereço:</b> Rua Bruno Lobo 50 - Ilha do Fundão		
<b>Bairro:</b> Cidade Universitária		<b>CEP:</b> 21.941-912
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO	
<b>Telefone:</b> (21)2590-3842	<b>Fax:</b> (21)2562-6150	<b>E-mail:</b> pesquisa@ippmg.ufrj.br; pesquisa.ippmg@gmail.

**Figura 7**

<p><b>INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA - RJ</b></p> 										
<p>Continuação do Parecer: 339.227</p>										
<p>Investigar as diferentes formas de relação de produção que se verificam no ambiente de trabalho do setor de Arquivo dos hospitais públicos, particularmente aquelas que estão diretamente relacionadas ao cotidiano de trabalhadores de nível elementar, de formação técnica e de nível superior.</p>										
<p><b>Objetivo Secundário:</b> Identificar e analisar possíveis estratégias que trabalhadores de nível elementar, de formação técnica e de nível superior lançam mão para desenvolverem suas atividades no processo de trabalho em saúde do setor de Arquivo dos hospitais públicos.</p>										
<p><b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b></p>										
<p><b>Riscos:</b> Risco de constrangimentos de ordem moral ou psicológica durante a participação, dada à natureza do processo de trabalho em saúde no setor de Arquivo. Caso os sujeitos ou o próprio pesquisador identifique alguma questão desta natureza que coloque em risco a integridade do entrevistado, haverá a suspensão imediata da atividade e a pesquisa será suspensa. Inclusive, nomes fictícios serão utilizados nos sistemas de identificação para garantir a privacidade e sigilo dos participantes.</p>										
<p><b>Benefícios:</b> A pesquisa possibilitará ampliar o domínio acerca do processo de trabalho e das relações de produção no cotidiano do ambiente de trabalho do setor de Arquivo de hospitais públicos. Trará contribuições fundamentais que subsidiarão o aprofundamento teórico para a qualificação e formação profissional de trabalhadores de nível elementar que estejam lotados neste setor. Inclusive, será fundamental no fortalecimento do próprio trabalho de campo na formação de futuros técnicos de nível médio voltados para o setor de Arquivo de hospitais públicos do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de possibilitar um reconhecimento diferenciado das contribuições destes trabalhadores no próprio processo de trabalho em saúde.</p>										
<p><b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b> Pesquisa qualitativa bem estruturada, a ser conduzida no setor de arquivo do IPPMG.</p>										
<p><b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b> Adequados.</p>										
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td><b>Endereço:</b> Rua Bruno Lobo 50 - Ilha do Fundão</td><td><b>CEP:</b> 21.941-912</td></tr><tr><td><b>Bairro:</b> Cidade Universitária</td><td></td></tr><tr><td><b>UF:</b> RJ</td><td><b>Município:</b> RIO DE JANEIRO</td></tr><tr><td><b>Telefone:</b> (21)2590-3842</td><td><b>Fax:</b> (21)2562-6150</td></tr><tr><td colspan="2"><b>E-mail:</b> pesquisa@ippmg.ufrj.br; pesquisa.ippmg@gmail.</td></tr></table>	<b>Endereço:</b> Rua Bruno Lobo 50 - Ilha do Fundão	<b>CEP:</b> 21.941-912	<b>Bairro:</b> Cidade Universitária		<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO	<b>Telefone:</b> (21)2590-3842	<b>Fax:</b> (21)2562-6150	<b>E-mail:</b> pesquisa@ippmg.ufrj.br; pesquisa.ippmg@gmail.	
<b>Endereço:</b> Rua Bruno Lobo 50 - Ilha do Fundão	<b>CEP:</b> 21.941-912									
<b>Bairro:</b> Cidade Universitária										
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO									
<b>Telefone:</b> (21)2590-3842	<b>Fax:</b> (21)2562-6150									
<b>E-mail:</b> pesquisa@ippmg.ufrj.br; pesquisa.ippmg@gmail.										
<p><small>Página 02 de 03</small></p>										

**Figura 8**

<b>INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA - RJ</b>	
<small>Continuação do Parecer: 339.227</small>	
<b>Recomendações:</b> Recomendo a aprovação do projeto.	
<b>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</b> A pesquisadora respondeu adequadamente à pendência colocada no parecer 336.468, esclarecendo que não será realizado o pré-teste com os trabalhadores do arquivo do IPPMG. As etapas da pesquisa a serem conduzidas com estes profissionais são: (1) Entrevista, com base em um roteiro de perguntas apresentado pela autora; (2) Observação Simples e (3) Diário de Campo. Nestas duas atividades, os pontos do cotidiano a serem observados são: rotina das atividades (funções, demandas, agendas...), organização e distribuição do espaço físico e relação entre os trabalhadores.	
<b>Situação do Parecer:</b> Aprovado	
<b>Necessita Apreciação da CONEP:</b> Não	
<b>Considerações Finais a critério do CEP:</b> Projeto aprovado após discussão com os membros do Comitê de Ética em Pesquisa do IPPMG na reunião ordinária do CEP realizada no dia 23 de julho de 2013. A pesquisadora responsável deverá apresentar relatórios anuais sobre o andamento do projeto até sua conclusão, quando deverá ser apresentado o relatório final sucinto com todas as informações relevantes, de acordo com o item X.1.3b da Resolução do CNS 446 de 12/12/12.	
RIO DE JANEIRO, 23 de Julho de 2013	
_____ <b>Assinador por:</b> <b>Maria do carmo Soares Alves Cunha</b> <b>(Coordenador)</b>	
<b>Endereço:</b> Rua Bruno Lobo 50 - Ilha do Fundão <b>Bairro:</b> Cidade Universitária <b>CEP:</b> 21.941-912 <b>UF:</b> RJ <b>Município:</b> RIO DE JANEIRO <b>Telefone:</b> (21)2590-3842 <b>Fax:</b> (21)2562-6150 <b>E-mail:</b> pesquisa@ippmg.ufrj.br; pesquisa.ippmg@gmail.	
<small>Página 03 de 03</small>	

Figura 9

 **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
UFRJ

INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA  
DIVISÃO ASSISTENCIAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título da Pesquisa: O processo de trabalho no setor de Arquivo hospitalar: um estudo descritivo sobre o cotidiano de seus trabalhadores**

**Dados da pesquisadora responsável: Maria Amelia Costa (21-98428376)**

Prezado(a) Sr(a),

Por meio deste documento, venho tomá-lo(a) ciente desta pesquisa e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. Consideramos que isso não irá lhe causar desconfortos de ordem física ou psíquica, com exceção de alguns minutos retirados de suas atividades.

**Objetivo geral:**

- Investigar as principais características do processo de trabalho da equipe do setor de Arquivo relacionadas ao cotidiano dos trabalhadores de nível elementar, de formação técnica e nível superior.

**Objetivos específicos:**

- Caracterizar as diferentes atividades/funções desempenhadas pelos trabalhadores do setor de Arquivo;
- Identificar possíveis estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores de nível elementar, de formação técnica e nível superior que os possibilitem desempenhar suas atividades cotidianas.

**Para isso, é necessário esclarecê-lo(a) em relação aos seguintes procedimentos:**

- ✓ Será realizada uma entrevista semi-estruturada para levantamento da dinâmica das relações no ambiente do trabalho e do próprio processo de trabalho;
- ✓ A entrevista será realizada pela pesquisadora, respeitando-se o horário e o local escolhido pelo entrevistado;
- ✓ O depoimento será gravado por gravador digital e poderá ser-lhe devolvido a qualquer momento da pesquisa, tendo em vista que sua participação é voluntária;
- ✓ Serão garantidos ao(à) entrevistado(a) anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às declarações e informações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante ou depois da realização da pesquisa;
- ✓ As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de econômico-financeiro;
- ✓ As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após o término da pesquisa, se assim o Sr(a) desejar;
- ✓ Após a entrevista, a transcrição da gravação realizada pela pesquisadora será apresentada aos(às) entrevistados(as) para revisão e aprovação quanto à fidedignidade do que foi dito;
- ✓ Será garantida a liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento sem prejuízos para o entrevistado;
- ✓ Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação;
- ✓ As fitas ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, por um período de 05 anos, caso seja necessário recorrer a elas, inclusive à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

**Quanto a possíveis riscos ao(s) entrevistado(s):**

\_\_ Durante as entrevistas, havendo risco de constrangimento moral ou psicológico, a mesma será suspensa. Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.

**Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. no \_\_\_\_\_, trabalhador(a) do setor de Arquivo do \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, ter sido informado(a) e concordo em  
(IPPMG / IFF)

participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito.

Data: \_\_/\_\_/2013

Assinatura do Entrevistado \_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador \_\_\_\_\_

Data: 09/08/2013

---

Rua Bruno Lobo, nº 50 - Cidade Universitária - Ilha do Fundão  
Cep.: 21949-912 - Rio de Janeiro - RJ  
Tel.: (21) 2562-6122 - Fax (21) 2590-4742

**Figura 10**

<b>INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS</b>		
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
Elaborado pela Instituição Coparticipante		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> O processo de trabalho no setor de Arquivo hospitalar: um estudo descritivo sobre o cotidiano de seus trabalhadores		
<b>Pesquisador:</b> MARIA AMELIA COSTA		
<b>Área Temática:</b>		
<b>Versão:</b> 5		
<b>CAAE:</b> 02062013.2.3001.5269		
<b>Instituição Proponente:</b> Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - RJ		
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 593.853-0		
<b>Data da Relatoria:</b> 08/08/2013		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
<p>Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se desenvolverá, fundamentalmente, através de etapas exploratórias, descritiva e analíticas no processo de sua investigação. Na fase exploratória, além do fichamento e análise dos materiais identificados durante o levantamento bibliográfico, pretende-se levantar preliminarmente informações sobre o objeto da pesquisa para alicerçar melhor as bases que fundamentam a implementação da metodologia e o marco teórico conceitual que será desenvolvido no trabalho de campo. Além disso, a partir de um reconhecimento deste campo, identificar que aspectos operacionais deverão ser acionados para possibilitar o processo de investigação. De posse destes levantamentos, dar-se-á a fase analítica da pesquisa, onde a definição dos instrumentos e procedimentos para análise dos dados possibilitará o aprofundamento das questões que permeiam o objeto, para dar prosseguimento ao processo de investigação. Assim, o tratamento do material a ser analisado deverá seguir as etapas de ordenação, classificação e análise detalhada. Os instrumentos a serem empregados no processo de investigação serão a observação participante e as entrevistas. Num primeiro momento a observação participante será fundamental para que o pesquisador reconheça a natureza, o ambiente e o processo de trabalho dos sujeitos. Assim, estará sensibilizado e mais</p>		
<b>Endereço:</b> RUI BARBOSA, 716		
<b>Bairro:</b> FLAMENGO		<b>CEP:</b> 22.250-020
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO	
<b>Telefone:</b> (21)2554-1730	<b>Fax:</b> (21)2552-8491	<b>E-mail:</b> cepiff@iff.fiocruz.br

**Figura 11**

<b>INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS</b>		
<small>Continuação do Parecer: 593.853-0</small>		
<p>bem instrumentalizado para desenvolver a etapa seguinte do trabalho de campo: aplicação das entrevistas. Esta representará o meio de coleta dos fatos narrados pelos entrevistados, enquanto sujeito-objeto da pesquisa revelada a partir do momento anterior (observação participante), à medida que suas atividades forem se desenvolvendo no cotidiano do processo de trabalho. As entrevistas dar-se-ão individualmente e/ou coletivamente, variando de acordo com o momento em que os entrevistados estejam realizando respectivamente suas atividades. Serão aplicadas entrevistas semi-estruturadas: esta dinâmica pressupõe que o entrevistado discorrerá sobre seu processo de trabalho de forma mais livre e responda perguntas previamente formuladas. O trabalho de campo ocorrerá no Setor de Arquivo de Hospitais Públicos do Sistema Único de Saúde. Os sujeitos da pesquisa são trabalhadores de níveis superior e técnico que atuam neste setor.</p>		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
<b>Objetivo Primário:</b> Investigar as diferentes formas de relação de produção que se verificam no ambiente de trabalho do setor de Arquivo dos hospitais públicos, particularmente aquelas que estão diretamente relacionadas ao cotidiano de trabalhadores de nível elementar e de formação técnica.		
<b>Objetivo Secundário:</b> Identificar e analisar possíveis formas de produção de singularização que se desenvolvem no processo de trabalho em saúde dos trabalhadores de nível elementar e de formação técnica do setor de Arquivo dos hospitais públicos.		
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b>		
<b>Riscos:</b> Trata-se de uma pesquisa qualitativa onde os instrumentos da investigação não apontam para intervenção sobre os sujeitos, onde a participação dos mesmos estará vinculada à coleta de informações através de entrevistas semi-estruturadas, implementadas mediante o aceite do termo de consentimento livre e esclarecido. Dada à natureza do processo de trabalho em saúde no setor de Arquivo caso os sujeitos identifiquem alguma questão onde se sintam ameaçados ou invadidos, a pesquisa será suspensa. Inclusive, nomes fictícios serão utilizados nos sistemas de identificação para garantir a privacidade e sigilo dos participantes.		
<b>Benefícios:</b> A pesquisa possibilitará ampliar o domínio acerca do processo de trabalho e das relações de produção no cotidiano do ambiente de trabalho do setor de Arquivo de hospitais públicos. Trará contribuições fundamentais que subsidiarão o		
<b>Endereço:</b> RUI BARBOSA, 716 <b>Bairro:</b> FLAMENGO <b>CEP:</b> 22.250-020 <b>UF:</b> RJ <b>Município:</b> RIO DE JANEIRO <b>Telefone:</b> (21)2554-1730 <b>Fax:</b> (21)2552-8491 <b>E-mail:</b> cepiff@iff.fiocruz.br		
<small>Página 02 de 03</small>		

**Figura 12**

<p><b>INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS</b></p> 										
<p>Continuação do Parecer: 593.853-0</p>										
<p>aprofundamento teórico para a qualificação e formação profissional de trabalhadores de nível elementar que estejam lotados neste setor. Inclusive, será fundamental no fortalecimento do próprio trabalho de campo na formação de futuros técnicos de nível médio voltados para o setor de Arquivo de hospitais públicos do Sistema Único de Saúde. Além de possibilitar um reconhecimento diferenciado das contribuições destes trabalhadores no próprio processo de trabalho em saúde.</p>										
<p><b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b> Pesquisa bem estruturada.</p>										
<p><b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b> Adequados.</p>										
<p><b>Recomendações:</b></p>										
<p><b>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</b> Projeto sem pendências.</p>										
<p><b>Situação do Parecer:</b> Aprovado</p>										
<p><b>Necessita Apreciação da CONEP:</b> Não</p>										
<p><b>Considerações Finais a critério do CEP:</b></p>										
<p>RIO DE JANEIRO, 11 de Abril de 2014</p>										
<hr/> <p><b>Assinador por:</b> <b>maria elisabeth lopes moreira</b> <b>(Coordenador)</b></p>										
<p>Este parecer reemitido substitui o parecer número 593853 gerado na data 14/08/2013 00:14:59, onde o número CAAE foi alterado de 02062013.2.0000.5264 para 02062013.2.3001.5269.</p>										
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td><b>Endereço:</b> RUI BARBOSA, 716</td><td><b>CEP:</b> 22.250-020</td></tr><tr><td><b>Bairro:</b> FLAMENGO</td><td></td></tr><tr><td><b>UF:</b> RJ</td><td><b>Município:</b> RIO DE JANEIRO</td></tr><tr><td><b>Telefone:</b> (21)2554-1730</td><td><b>Fax:</b> (21)2552-8491</td></tr><tr><td></td><td><b>E-mail:</b> cepiff@iff.fiocruz.br</td></tr></table>	<b>Endereço:</b> RUI BARBOSA, 716	<b>CEP:</b> 22.250-020	<b>Bairro:</b> FLAMENGO		<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO	<b>Telefone:</b> (21)2554-1730	<b>Fax:</b> (21)2552-8491		<b>E-mail:</b> cepiff@iff.fiocruz.br
<b>Endereço:</b> RUI BARBOSA, 716	<b>CEP:</b> 22.250-020									
<b>Bairro:</b> FLAMENGO										
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO									
<b>Telefone:</b> (21)2554-1730	<b>Fax:</b> (21)2552-8491									
	<b>E-mail:</b> cepiff@iff.fiocruz.br									
<p><small>Página 03 de 03</small></p>										

Figura 13



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



IFF  
INSTITUTO NACIONAL FERNANDES FIGUEIRA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa: O processo de trabalho no setor de Arquivo hospitalar: um estudo descritivo sobre o cotidiano de seus trabalhadores**  
Dados da pesquisadora responsável: **Maria Amelia Costa (21-98428376)**

Prezado(a) Sr(a),  
Por meio deste documento, venho torná-lo(a) ciente desta pesquisa e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. Consideramos que isso não irá lhe causar desconfortos de ordem física ou psíquica, com exceção de alguns minutos retirados de suas atividades.

**Objetivo geral:**

- Investigar as principais características do processo de trabalho da equipe do setor de Arquivo relacionadas ao cotidiano dos trabalhadores de nível elementar, de formação técnica e nível superior.

**Objetivos específicos:**

- Caracterizar as diferentes atividades/funções desempenhadas pelos trabalhadores do setor de Arquivo;
- Identificar possíveis estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores de nível elementar, de formação técnica e nível superior que os possibilitem desempenhar suas atividades cotidianas.

**Para isso, é necessário esclarecê-lo(a) em relação aos seguintes procedimentos:**

- ✓ Será realizada uma entrevista semi-estruturada para levantamento da dinâmica das relações no ambiente do trabalho e do próprio processo de trabalho;
- ✓ A entrevista será realizada pela pesquisadora, respeitando-se o horário e o local escolhido pelo entrevistado;
- ✓ O depoimento será gravado por gravador digital e poderá ser-lhe devolvido a qualquer momento da pesquisa, tendo em vista que sua participação é voluntária;
- ✓ Serão garantidos ao(à) entrevistado(a) anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às declarações e informações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante ou depois da realização da pesquisa;
- ✓ As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de econômico-financeiro;
- ✓ As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após o término da pesquisa, se assim o Sr(a) desejar;
- ✓ Após a entrevista, a transcrição da gravação realizada pela pesquisadora será apresentada aos(às) entrevistados(as) para revisão e aprovação quanto à fidedignidade do que foi dito;
- ✓ Será garantida a liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento sem prejuízos para o entrevistado;
- ✓ Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação;
- ✓ As fitas ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, por um período de 05 anos, caso seja necessário recorrer a elas, inclusive à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

**Quanto a possíveis riscos ao(s) entrevistado(s):**

- ✓ Durante as entrevistas, havendo risco de constrangimento moral ou psicológico, a mesma será suspensa.

Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.

**Autorização**  
Eu, ....., R.G. no ....., trabalhador(a) do setor de Arquivo do ....., declaro para os devidos fins, ter sido informado(a) e concordo em (IPPMG / IFF) participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito.

Data: \_\_\_/\_\_\_/2013

Assinatura do Entrevistado

Data: \_\_\_/\_\_\_/2013

**APROVADO**  
Assinatura do Pesquisador

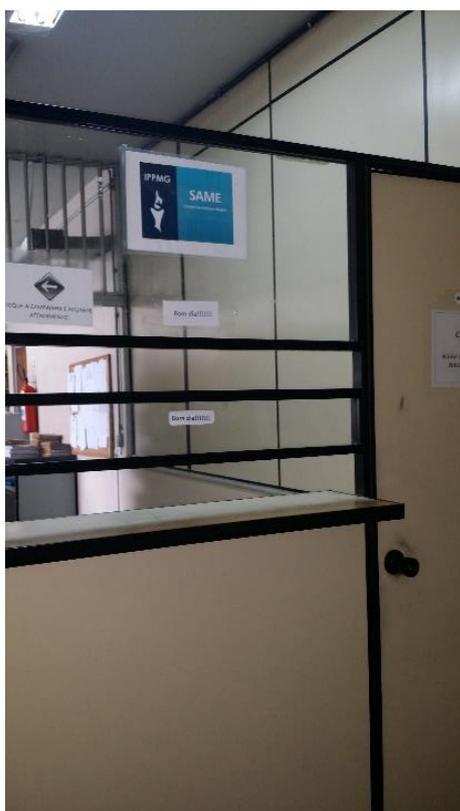
**INÍCIO 13/18/2013 FIM 16/01/2014**

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA- IFF/FIOCRUZ  
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491  
Email: [ccpiff@iff.fiocruz.br](mailto:ccpiff@iff.fiocruz.br)



P/Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

**Foto 1**



**Foto 2**



**Foto 3**



**Foto 4**



**Foto 5**



**Foto 6**



**Foto 7**



**Foto 8**



**Foto 9**



**Foto 10**

